

# PROTOCOLE INDIVIDUALISE

*Ce protocole a été rédigé en partenariat avec le service de  
PMI du Conseil départemental du Morbihan*



Le médecin départemental,  
**Signature du médecin :**  
Directrice adjointe  
de la PMI et des actions de santé  
*[Signature]*  
Dr Anne Nathalie MARGUERON

## PROTOCOLE INDIVIDUALISE

Un protocole individualisé peut être proposé dans le cas où l'assistant(e) maternel(le) accueille à son domicile un enfant en situation de handicap et/ou atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

**Ce protocole permet de définir les aménagements nécessaires pour accueillir l'enfant, et les conduites à tenir en cas d'urgence.**

Il est signé par les parents ou représentants légaux, et l'assistant(e) maternel(le). Il ne dispense pas d'une ordonnance médicale au nom de l'enfant, si besoin est.

Il est important d'adapter le protocole, à chaque situation selon la déficience, l'incapacité, ou encore la pathologie. Il est important de n'inclure que ce qui est indispensable à l'enfant concerné.

Il est préconisé d'effectuer le premier protocole à l'issue d'une période d'observation et d'adaptation d'une durée d'un mois. Il est important de le réactualiser chaque année.

Avec l'accord des parents ou représentants légaux, toutes les informations pouvant être utiles à l'accueil de l'enfant au domicile de l'assistant(e) maternel(le) seront jointes à ce protocole. Notamment dans certains cas des informations d'ordre médical (traitement, régime, autre...).

L'objectif du protocole est de permettre à l'assistant(e) maternel(le) d'organiser l'accueil de l'enfant, de lui proposer des activités et un environnement adapté, et qu'il puisse le cas échéant bénéficier de son traitement médical ou des soins spécifiques nécessaires à son bon développement. L'assistante maternelle doit assurer une discrétion professionnelle au regard des informations médicales dont elle dispose.

**Je soussigné(e).....père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant (nom, prénom) ..... la mise en place d'un protocole à partir, si besoin, de la prescription et/ou du protocole d'intervention du Médecin, M. Mme .....**

Signature du représentant légal :

Date :



## PARTIES PRENANTES

|                     |           |
|---------------------|-----------|
| Nom de l'enfant :   | Prénom :  |
| Date de naissance : | Age :     |
| Adresse :           | Commune : |

### ▪ Représentants légaux :

|                    | Père | Mère | Représentant<br>légal |
|--------------------|------|------|-----------------------|
| Nom - prénom       |      |      |                       |
| Adresse domicile   |      |      |                       |
| Téléphone domicile |      |      |                       |
| Téléphone travail  |      |      |                       |
| Téléphone portable |      |      |                       |
| Adresse mail       |      |      |                       |

### ▪ L'assistant(e) Maternel(le)

|                  |  |
|------------------|--|
| Nom-Prénom       |  |
| Adresse domicile |  |
| N° agrément      |  |
| Téléphone        |  |
| Adresse mail     |  |



## PERSONNES RESSOURCES

| <b>Pour l'Assistant(e)<br/>Maternel(le)</b>   | <b>CAMSP/SESSAD</b>   | <b>Médecin / Spécialiste<br/>de la santé libéral</b>   |
|---|---|--|
| <p style="text-align: center;"><b>Puéricultrice de PMI</b></p> <p>Nom :<br/>Tél :</p> | <p><b>Directeur :</b></p> <p>Nom :<br/>Tél :<br/>Nom de la structure</p>        | <p style="text-align: center;"><b>Médecin traitant/<br/>Spécialiste</b></p> <p>Nom :<br/>Tél :</p>             |
| <p style="text-align: center;"><b>Médecin de PMI</b></p> <p>Nom :<br/>Tél :</p>       | <p><b>Référent de l'enfant<br/>dans le service :</b></p> <p>Nom :<br/>Tél :</p> | <p style="text-align: center;"><b>Kinésithérapeute,<br/>orthophoniste, autre...</b></p> <p>Nom :<br/>Tél :</p> |
|   |   | <p style="text-align: center;"><b>Kinésithérapeute,<br/>orthophoniste, autre...</b></p> <p>Nom :<br/>Tél :</p> |



| <b>Ecole / Garderie<br/>Périscolaire</b>                                    | <b>Accueil de loisirs</b>   | <b>En Crèche, structure<br/>d'accueil collectif</b>  |
|---|---|--|
| <p style="text-align: center;"><b>Enseignant</b></p> <p>Nom :<br/>Tél :</p> | <p style="text-align: center;"><b>Directeur</b></p> <p>Nom :<br/>Tél :</p>          | <p style="text-align: center;"><b>Directeur de la<br/>structure :</b></p> <p>Nom :<br/>Tél :</p> |
| <p style="text-align: center;"><b>AVS ou EVS</b></p> <p>Nom :<br/>Tél :</p> | <p style="text-align: center;"><b>Animateur référent</b></p> <p>Nom :<br/>Tél :</p> | <p style="text-align: center;"><b>Référent de l'enfant</b></p> <p>Nom :<br/>Tél :</p>            |
| <p style="text-align: center;"><b>Animateur</b></p> <p>Nom :<br/>Tél :</p>  |   |  |



# TRAITEMENT

**1- Traitement médicamenteux** : prise de médicaments par voie orale ou inhalation ou injection

- Sur demande écrite des parents (décharge à joindre au protocole)
- Selon l'ordonnance médicale et/ou le protocole du médecin (à joindre au protocole)

| Nom du médicament | Doses | Durée du traitement |
|-------------------|-------|---------------------|
|                   |       |                     |
|                   |       |                     |
|                   |       |                     |
|                   |       |                     |

**2- Autre** : kinésithérapie, psychomotricité, orthophonie, ...

| Nom du professionnel | Discipline | Durée et fréquence des interventions |
|----------------------|------------|--------------------------------------|
|                      |            |                                      |
|                      |            |                                      |
|                      |            |                                      |
|                      |            |                                      |



# AMENAGEMENTS – MODALITES D'ACCUEIL

## 1- Besoins particuliers de l'enfant :

✓ Rythmes de l'enfant :

.....  
.....  
.....

✓ Matériel spécifique :

.....  
.....  
.....

✓ Surveillance particulière :

.....  
.....  
.....

✓ Aménagement de l'espace de vie :

.....  
.....  
.....

✓ Autre :

.....  
.....  
.....



## 2- Régime alimentaire et/ou panier repas

### ▪ *Le repas du midi :*

- Paniers repas seuls autorisés
- Menu habituel avec éviction simple (lecture des menus par les parents)
- Restauration collective autorisée
- Autre (préciser) : .....

### ▪ *Les goûters :*

- Goûters habituels autorisés
- Consommation des goûters habituels avec éviction simple
- Aucune prise alimentaire autre que le goûter fourni par la famille
- Autre (préciser) : .....

## 3- Activités manuelles, arts plastiques :

(A titre d'exemple pour les allergies, une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux)

.....  
.....

## 4- Activités physiques et motrices :

.....  
.....

## 5- Transports et déplacements :

.....  
.....

## 6- Sorties :

.....  
.....



**Le protocole ne dispense pas d'un dialogue permanent entre le(s) parent(s) et l'assistant(e)maternel(le).**

**Les deux parties s'engagent à l'évaluer pour l'adapter aussi souvent que nécessaire.**

**Lieux : .....**

**Date : .....**

**Signature des parents :**

**Signature assistant(e) maternel(le) :**

