

POUR VOUS  
LE DÉPARTEMENT AGIT !



## PROJET D'ACCUEIL PERSONNALISÉ

CONFIER SON ENFANT  
ACCUEILLIR UN ENFANT

Nom et prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....



## **Vous allez confier votre enfant à un assistant maternel. Vous allez accueillir un enfant.**

C'est un moment important pour l'enfant, pour vous, parents, et pour vous, assistant maternel. Prenez le temps de faire connaissance, d'instaurer un climat de confiance et de discuter afin de concilier les modes de vie, les attentes de chacun.

Le projet d'accueil personnalisé doit vous permettre d'ébaucher un dialogue constructif pour le bien être de tous (enfants, parents, assistant maternel).

■ Dans l'intérêt de l'enfant, une cohérence éducative sera recherchée entre les parents et l'assistant maternel : promenades, découverte du monde extérieur, courses en grande surface, sucreries et usage de la télévision...

### **LA PÉRIODE D'ADAPTATION**

C'est un temps de préparation à l'accueil pour l'enfant, pour ses parents et pour l'assistant maternel. Chacun doit trouver de nouveaux repères afin de créer progressivement une relation de confiance, d'écoute et d'échange.

Définir ensemble la durée et les modalités de la période d'adaptation

---

---

---

---

---

### **L'ALIMENTATION**

Horaires, habitudes alimentaires, goûts de l'enfant, horaires des repas, allaitement maternel, diversification alimentaire, régimes particuliers, allergies, qui fournit les repas, installation de l'enfant...

---

---

---

---

---

---

---

### **L'AUTORITÉ, LES RÈGLES, LES LIMITES**

En grandissant, l'enfant est capable de comprendre les dangers, les limites et les repères qui lui sont posés si l'adulte les a clairement énoncés, expliqués et accompagnés.

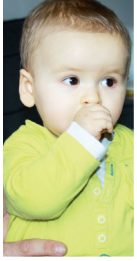
---

---

---

---

---



## L'ÉVEIL

Le jeu, les jouets, les livres, les promenades, la fréquentation à l'atelier d'éveil à la halte-garderie ou au relais petite enfance, la bibliothèque, la ludothèque, l'entrée à l'école, l'espace de jeux réservé à l'enfant...

Quelles activités proposées ?

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

Prévoir une tenue de rechange pour les activités ( peinture, pâte à modeler... )

En cas de trajet et d'activités extérieures, remplir pages 6 et 7.

## L'HYGIÈNE, L'ACQUISITION DE LA PROPRETÉ

L'acquisition de la propreté : il s'agit de respecter la maturité et l'intimité de l'enfant.

L'espace de changes : les toilettes, le pot.

Gants et serviettes, gigoteuse, produits de toilette... sont réservés à chaque enfant.

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

## LA SANTÉ ET LES SOINS

Particularités, allergies...

En cas de traitement, une ordonnance en cours de validité est indispensable, notamment pour la fièvre et les légères blessures.

Quelle allergie ? Quelle intolérance ?

.....  
.....

Conduite à tenir :

.....  
.....

Protocole à respecter :

.....  
.....

## LE SOMMEIL

Les rituels d'endormissement (position et objets favoris), les conditions ambiantes, respect du rythme de repos de l'enfant.

**Recommandations :**

- température de la chambre maximum conseillée : 19°,
- les bébés doivent être couchés sur le dos,
- avoir un matelas ferme et un lit adapté à l'âge de l'enfant.

Le doudou, la tétine, quand ?

.....  
.....

Définir le temps de repos et de la sieste :

.....  
.....

Où va-t-il dormir ?

.....  
.....

## MATÉRIEL

Le matériel doit être conforme aux normes de sécurité en vigueur et ne présenter aucun danger pour l'enfant.

Matériel	Fourni par les parents	Fourni par l'assistant maternel
LIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHAISE HAUTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LANDAU / POUSSETTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIÈGE AUTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JOUETS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES (précisez) :		
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>REMARQUE :</b> l'utilisation des trotteurs est déconseillée par le service de PMI.		

## RESPECT DE LA SÉCURITÉ

À la date de l'enquête d'agrément, les conditions de sécurité ont été évaluées par les puéricultrices du Département. Elles doivent être maintenues tout au long de l'agrément.

Pour la sécurité de l'enfant, parents et assistants maternels, restez vigilants.

L'agrément est accordé à l'assistant maternel et non à un autre membre de sa famille. L'enfant doit toujours être sous la surveillance de l'assistant maternel.

## RESPECT DE LA VIE PRIVÉE DE L'ASSISTANT MATERNEL

■ L'assistant maternel exerce sa profession à domicile et au sein de sa famille. Il est important que l'intimité de celle-ci soit respectée.

■ L'assistant maternel ne pourra peut-être pas répondre à toutes vos exigences.

■ L'arrivée et le départ de l'enfant sont des moments sensibles mais aussi des instants privilégiés d'échanges, inclus dans le temps de travail de l'assistant maternel.

■ L'assistant maternel est responsable de l'enfant tant que celui-ci est présent chez lui.

## RESPECT MUTUEL, CONFIANCE : ACCUEIL DE QUALITÉ

En tant que professionnel, l'assistant maternel est soumis à l'obligation de discrétion professionnelle concernant la vie familiale de l'enfant.

## FORMATION DES ASSISTANTS MATERNELS

La formation professionnelle des assistants maternels est obligatoire.

D'un commun accord, pendant les jours de formation organisés par le Département, l'enfant sera confié à :

### ■ Assistant maternel :

Nom : .....

Adresse : .....

### ■ Halte-garderie - Garderie périscolaire - Cantine

Nom : .....

Adresse : .....

### ■ Parents ou la famille

Nom : .....

Adresse : .....

### ■ Autres (précisez)

Nom : .....

Adresse : .....

## SURVEILLANCE MÉDICALE DE L'ENFANT

En cas d'accident ou de maladie subite :

### ■ prévenir LES PARENTS et SI BESOIN APPELER LEUR MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin : .....

Adresse : .....

### ■ À défaut, appeler le médecin suivant :

Nom du médecin : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

**Pour être autorisé à donner un traitement ou des soins médicaux pendant l'accueil, l'assistant maternel doit maîtriser la langue française.**

**Les parents doivent lui avoir fourni l'autorisation écrite, l'ordonnance, le médicament ou le matériel nécessaire et lui avoir expliqué le geste à réaliser. Le médecin ne doit pas avoir expressément prescrit l'intervention d'un auxiliaire médical.**

**Son geste doit être immédiatement inscrit dans un registre précisant son nom, le nom de l'enfant, la date et l'heure de l'acte ainsi que le nom du médicament administré et la posologie.**

## NUMÉROS UTILES

Urgence médicale : 15

Sapeurs pompiers : 18 - Appel depuis un portable : 112

Centre anti-poison : Tél. 03 83 22 50 50

Enfance en danger de Saône-et-Loire : Tél. 03 85 39 56 03/National : 119

## AUTORISATIONS

1

### AUTORISATION D'HOSPITALISATION

**EN CAS D'URGENCE**, j'autorise l'hospitalisation de mon enfant :

à l'hôpital de : ..... à la clinique : .....

J'autorise le médecin à pratiquer en urgence les soins nécessaires.

À ..... le .....

Lu et approuvé,  
Signature des parents

Lu et approuvé,  
Signature de l'assistant maternel

2

### AUTORISATION DE TRANSPORT EN VOITURE

J'autorise Mme/M. ....(assistant maternel)

à transporter mon enfant : .....

à bord de son véhicule personnel pour les déplacements suivants :

.....  
.....

L'enfant sera installé dans le véhicule en respectant la législation (réhausseur, ceinture...).

Par souci de sécurité, l'assistant maternel limitera le plus possible ses déplacements.

À ..... le .....

Lu et approuvé,  
Signature des parents

Lu et approuvé,  
Signature de l'assistant maternel

3

### DROIT À L'IMAGE

J'autorise Mme/M. ....

à prendre en photo ou à filmer notre enfant à son domicile ou à l'extérieur de son domicile.

J'autorise Mme/M. ....

à publier ou diffuser les photos de notre enfant sur les sites internet ou sur tout autre support (lettre du Relais Petite Enfance (RPE)).

À ..... le .....

Lu et approuvé,  
Signature des parents

Lu et approuvé,  
Signature de l'assistant maternel

4

**AUTORISATION DE GARDE EXCEPTIONNELLE**

En cas d'urgence le concernant (accidents, malaises, transports à l'hôpital), l'assistant maternel aura le droit de confier l'enfant à :

- Mme / M. ....
  - ou à Mme / M. ....
  - ou à Mme / M. ....
  - ou à Mme / M. ....
- À ..... le .....
- Lu et approuvé, Signature des parents
- Lu et approuvé, Signature de l'assistant maternel

5

**LES PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT SONT**

- Père ..... Tél. ....
  - Mère ..... Tél. ....
  - Autre ..... Tél. ....
- À ..... le .....
- Lu et approuvé, Signature des parents
- Lu et approuvé, Signature de l'assistant maternel

6

**AUTORISATION DE PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS DU RELAIS, À LA BIBLIOTHÈQUE, À LA LUDOTHÈQUE**

Autorise Mme/M. .... (assistant maternel)  
 À se rendre avec mon enfant ..... :

- au relais assistants maternels de ..... pour participer aux activités.
- à la bibliothèque de .....
- à la ludothèque de .....

À ..... le .....

Lu et approuvé, Signature des parents

Lu et approuvé, Signature de l'assistant maternel

7

**AUTORISATION DE BAINNADE**

Autorise la baignade de mon enfant ..... au domicile de Mme/M. .... (assistant maternel)  
 sous réserve du respect de toutes les consignes de sécurité.

À ..... le .....

Lu et approuvé, Signature des parents

Lu et approuvé, Signature de l'assistant maternel

## Coordonnées des Parents

**PÈRE :** Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. : domicile ..... Tél. travail .....

Portable : .....

**MÈRE :** Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. : domicile ..... Tél. travail .....

Portable : .....

**AUTRES :** Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. : domicile ..... Tél. travail .....

Portable : .....

### Coordonnées de l'assistant maternel

- Domicile .....
- Portable .....
- Autre .....

### Coordonnées de la puéricultrice de PMI

• Tél. : .....

### Coordonnées du relais petite enfance

• Tél. : .....

**POUR TOUT CONSEIL,  
faites appel à des professionnels :  
puéricultrices et médecins de PMI, animatrices REP**

À ..... le .....  
Lu et approuvé, Lu et approuvé,  
Signature des parents Signature de l'assistant maternel



DÉPARTEMENT DE SAÔNE-ET-LOIRE

Direction de l'enfance et des familles

Espace Duhesme - Bât. Loire - 18, rue de Flacé - CS 70126 - 71026 Mâcon Cedex 9