**Annexe au contrat d’accueil du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PROJET D’ACCUEIL PERSONNALISÉ**

De Mme – M. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Accueilli par Mme – M. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dans le cadre d’un accueil

* permanent – temporaire
* à temps complet – partiel
* séquentiel

Etabli le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(le cas échéant) Avec la participation

de Mme – M. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(tuteur, proche, personne de confiance, professionnel…)

**Le quotidien de la personne accueillie chez l’accueillant familial**

***Cochez les cases relatives aux capacités relevant de l’autonomie de la personne accueillie,***

***OU nécessitant une aide assurée par l’accueillant familial ET/OU des intervenants extérieurs***

| **Action** | **En autonomie**  | **Avec l’aide de l’accueillant familial** | **Avec l’aide d’un autre intervenant (préciser)** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Déplacements à l’intérieur du domicile** |  |  |  |
| **Déplacements à l’extérieur du domicile - Sorties** |  |  |  |
| **Toilette-Hygiène corporelle** |  |  |  |
| **Habillage-Déshabillage** |  |  |  |
| **Surveillance-Veille en journée, la nuit…** |  |  |  |
| **Alimentation** |  |  |  |
| **Participation aux tâches ménagères** |  |  |  |
| **Démarches administratives** |  |  |  |
| **Prise de médicaments** |  |  |  |
| **Gestion des rendez-vous médicaux** |  |  |  |
| **Vie sociale, activités, loisirs…** |  |  |  |
| **Relations avec la famille, les amis** |  |  |  |
| **…**  |  |  |  |

**Prise en compte des attentes de la personne accueillie par l’accueillant**

***L’objectif est de faire correspondre, autant que possible, attentes et réponses***

***dans le respect des règles de vie de l’accueillant familial et des besoins de la personne accueillie***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Action** | **Souhaits – Attentes Accueilli**  | **Possibilités de l’accueillant** |
| **Rythme de vie (horaires des repas, du coucher, du lever, des siestes…)** |  |  |
| **Habitudes alimentaires** **+ (le cas échéant), allergies/régime** |  |  |
| **Participation à la viefamiliale** **(courses, préparation des repas, entretien du linge, de la pièce réservée… )** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Action** | **Souhaits – Attentes Accueilli**  | **Possibilités de l’accueillant** |
| **Centres d’intérêt, loisirs, activités, projets personnels** |  |  |
| **Vie relationnelle (rencontre famille, amis…)- au domicile AF – à l’extérieur)** |  |  |
| **Sorties, déplacements, activités extérieures, vacances…** |  |  |
| **…** |  |  |

**SIGNATURES**

L’accueillant familial La personne accueillie et/ou, le cas échéant,

son représentant légal