**EVOLUTION DU PROJET D’ACCUEIL PERSONNALISÉ (PAP)**

**Annexe au contrat d’accueil du / /**

Etabli le …./…./…. N°

Le projet d’accueil personnalisé peut être modifié autant de fois que nécessaire avec ce document et à minima tous les 2 ans.

**Une copie doit être adressée par l’accueillant familial**, au secteur accueil familial du service médico-social de la direction de l’autonomie – 31, boulevard Emile ROUX – CS 60 000 - 16917 ANGOULEME CEDEX.

|  |
| --- |
| Nom : Prénom : Date de Naissance : |
| Accueilli(e) chez (accueillant familial) :  Dans le cadre d’un accueil :  PERMANENT ou  TEMPORAIRE ou  SEQUENTIEL  à temps complet ou  à temps partiel |
| Mesure de Protection : Exercée par : Nom : Prénom :  Coordonnées : |
| Service en charge du suivi médico-social :  Conseil départemental ADAPEI UFIAF LE POINTEAU  Nom : Prénom : Coordonnées : |

La vie quotidienne, sociale, familiale, la santé et le bien-être de l’accueilli

L’objectif est de faire le point sur les **besoins de la personne accueillie**, ce qui relève de son **autonomie** et les actions qui nécessitent une **aide** de la part de l’accueillant familial ET/OU de la part d’intervenants extérieurs.Vous pouvez préciser le délai, la fréquence…

| **Action** | **Bilan/évaluation du précédent PAP** | **Besoins, envies, attentes** | **En autonomie** | **Avec l’aide de**  **l’accueillant familial** | **Avec l’aide**  **d’un autre intervenant (préciser)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Exemple : Toilette et hygiène corporelle** | En raison de la crise sanitaire, les visites de ma fille ont été suspendues et elle n’a pas pu réaliser mon shampoing et brushing toutes les semaines. | Conserver une hygiène du visage quotidienne et une douche tous les deux jours. | Je me lave seul (e ) les dents tous les matins et soirs. | L’accueillant m’aide à :  - m’installer dans la douche et me lave les pieds et le dos tous les deux jours,  - me laver le visage tous les matins,  - me laver les cheveux et me faire mon brushing 1 fois par semaine. | Le coiffeur vient 1 fois par mois au domicile de l’accueillante, à sa demande. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*Signature de l’accueilli : Signature de l’accueillant :*

*Nom-Prénom : Nom-Prénom :*

*Signature de la personne chargée à l’égard de Autre signature facultative (proches…) :*

*l’accueilli d’une mesure de protection juridique Nom-Prénom-Qualité :*

*avec représentation relative à la personne :*

*Nom-Prénom-Qualité :*