**Centre d’Action Médico-Sociale Précoce** 

Boulevard de l’Europe 🕿 **01.60.42.38.25**

Impasse de la Dhuis  **Fax : 01.60.43.50.00**

***77700 COUPVRAY*** [**secrcamsp.mlv@ghef.fr**](mailto:secrcamsp.mlv@ghef.fr)

**Mme ……**

Cadre Socio-éducatif

**Docteur ………..** -

Pédiatre – Praticien Hospitalier

**PROJET D’ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ**

L’enfant : … ………………………………………………

Né(e) : …

Accueilli (e) au C.A.M.S.P. depuis le …………

Médecin référent : ………………………………………………………………………

PERSONNES PRESENTES :

-

-

**Les observations partagées :**

-

-

-

-

**Les objectifs conjoints** :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Objectifs | Spécialités | Fréquence et Modalité |
|  |  |  |
|  |  |  |

Suivis extérieurs :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Spécialités | Nom du professionnel | Fréquence |
|  |  |  |

Socialisation actuelle : Non

Oui

* Halte garderie
* Crèche
* Ecole :
* Autre :……………………………………

**Projet/Orientation :**

-

*Toute modification dans le rythme ou le contenu de ce suivi se fera en accord avec les parents ou les représentants légaux et fera l’objet d’un nouvel avenant.*

Fait à Coupvray, le : //2023

Les parents : Médecin Référent de l’enfant : Direction du C.A.M.S.P. :