



# Projet individualisé de l'accueilli Mineur

Prénom-Nom de l'accueilli : .....



Date d'élaboration : .....

Date(s) de mise à jour : .....

## OSCARE

Association O.S.C.A.R.E

280 impasse des Landes – LIVRY

14240 CAUMONT SUR AURE

Tél. : 0 2 . 3 1 . 2 5 . 0 8 . 4 5 / mail : [minuce\\_9@hotmail.fr](mailto:minuce_9@hotmail.fr)

Inscription à la préfecture du Calvados sous le n° 0141001862 / n° SIRET : 43978040400026

Date(s) de mise à jour du document :

	Dates
Création :	2007
Mise à jour :	31/12/2024

# Sommaire

PARTIE 1 : .....	4
ACCUEILLI _ REPRÉSENTANT LÉGAL _ SERVICE DE PROTECTION DE L'ENFANCE .....	4
→ Mon identité .....	4
→ Mes parents .....	4
→ Autre représentant légal .....	5
→ Ma fratrie .....	5
→ Historique des mesures .....	6
→ Les personnes importantes pour moi .....	6
→ Mes besoins .....	7
→ Identité du service de Protection de l'Enfance .....	8
→ La mesure .....	8
→ Les partenaires .....	9
→ MOI : .....	10
↳ ce que je souhaite pour moi, avec mes parents et/ou mes proches : .....	10
→ MES PARENTS : .....	10
↳ ce que je souhaite pour mon enfant : .....	10
PARTIE 2 : .....	11
ACCUEILLI _ LVA _ SERVICE DE PROTECTION DE L'ENFANCE .....	11
→ LE PLAN D' ACTIONS .....	11
↳ SUIVI RENDEZ-VOUS MÉDICAUX .....	11
↳ LE DÉVELOPPEMENT, LA SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE DE L'ACCUEILLI .....	13
↳ LES RELATIONS AVEC LA FAMILLE ET LES TIERS .....	16
↳ SUIVI SCOLARITÉ ET/OU PROJET PROFESSIONNEL .....	17
↳ VIE SOCIALE .....	19
↳ MÉDIATION ANIMALE .....	20



## PARTIE 1 :

# ACCUEILLI \_ REPRÉSENTANT LÉGAL \_ SERVICE DE PROTECTION DE L'ENFANCE

### → Mon identité

Identité du jeune :			
Date de naissance :			
Lieu de naissance :			
Genre :	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		
Nationalité :			
Lieu de vie :	La ferme d'OSCARE	Date d'entrée :	

### → Mes parents

	PARENT 1	PARENT 2
Nom		
Nom de jeune fille		
Prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Code postal - Ville		
Téléphone		
Courriel		
Profession		
Détenteur de l'autorité parentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Exercice de l'autorité parentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si séparation	Jugement JAF :	
Mesure de protection juridique		

## → Autre représentant légal

---

	Représentant légal
Nom	
Nom de jeune fille	
Prénom	
Qualité	
Date de naissance	
Adresse	
Code postal - Ville	
Téléphone	
Courriel	
Profession	

## → Ma fratrie

---

Nom – Prénom	Date de naissance	Autorité Parentale	Lieu de Vie

## → Historique des mesures

Mesures	Date	Structure	Date du PPE

## → Les personnes importantes pour moi

Prénom-Nom et/ou structure	Lien avec moi	Adresse	Téléphone/courriel

Cases à cocher :

<input type="checkbox"/> Besoins couverts	<input type="checkbox"/> Besoins à travailler
---	---

Taper un « X » dans la case correspondante

Besoin de découvrir et d'apprendre

**BESOIN DE SÉCURITÉ**

Besoin d'être valorisé et avoir une bonne image de soi

- Besoin d'être entouré et aimé
- Besoin d'être protégé
- Besoin de manger;
- Boire ;
- Dormir ;
- D'hygiène
- Et de santé

Besoin de repères, règles et limites

Besoin d'identité   
*(connaître son histoire, sa culture)*

   
**Besoin spécifiques**  
liés à un vécu traumatique

Le cas échéant, à préciser :

## → Identité du service de Protection de l'Enfance

Interlocuteur	Identité	Adresse	Téléphone	Courriel
Nom du service en charge de l'accompagnement de l'accueilli				
Cadre de service				
Référent de l'accueilli et sa fonction				

## → La mesure

Date d'élaboration : .....

**Décision :**  Administrative  Judiciaire  Accueil  Milieu Ouvert

<b>Date de début de mesure :</b>		<b>Date de fin de mesure :</b>	
<b><u>Contenu, motifs, objectifs de la décision</u></b>			

<b><u>Modalités d'exercice des droits de visites, d'hébergements et/ou de correspondance</u></b>	
Parent 1 :	<input type="checkbox"/> Visites en présence d'un tiers <input type="checkbox"/> Semi médiatisées <input type="checkbox"/> Visites libres <input type="checkbox"/> Hébergement _ Rythme ..... <input type="checkbox"/> Correspondance _ Écrite _ Rythme : ..... <input type="checkbox"/> Téléphonique _ Rythme : .....
Parent 2 :	<input type="checkbox"/> Visites en présence d'un tiers <input type="checkbox"/> Semi médiatisées <input type="checkbox"/> Visites libres <input type="checkbox"/> Hébergement _ Rythme : ..... <input type="checkbox"/> Correspondance : <input type="checkbox"/> Écrite _ Rythme : ..... <input type="checkbox"/> Téléphonique _ Rythme : .....
Autre (précisez) :	

**→ Les partenaires**

Thématique	Type	Détails/commentaires/Observations
<b><u>SCOLARITÉ</u></b>	Établissement actuel :	
	Adresse :	
	Classe :	
<b><u>SANTÉ</u></b>	Suivi médical :	
	Intolérance / Allergies :	
	Suivi psychologique	
	Reconnaissance MDPH :	
	Notification :	
	Autre :	
<b><u>VIE SOCIALE</u></b>	Activité sportive et/ou culturelle :	

➔ MOI :

---

---

↳ ce que je souhaite pour moi, avec mes parents et/ou mes proches :

➔ MES PARENTS :

---

---

↳ ce que je souhaite pour mon enfant :

## PARTIE 2 :

# ACCUEILLI \_ LVA \_ SERVICE DE PROTECTION DE L'ENFANCE

## → LE PLAN D' ACTIONS

Partie LVA :

### ↳ SUIVI RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

▶ Médecin généraliste : .....

#### Identité du praticien :

Docteur Camille MEUNIER  
Pôle de Santé Libérale Ambulatoire  
2 Route de Torigni, 14240 CAUMONT-SUR-AURE  
☎ 02 31 35 97 17

Date	Objet	Traitement prescrit		Commentaires
		Oui	Non	

▶ DENTISTE : .....

#### Identité du praticien :

Docteur Marie-Christine ZIMMER et Docteur Sylvie TERNON .....  
Quai du Petit Nice .....  
14450 GRANDCAMP-MAISY .....  
☎ 02.31.92.02.01.....

Date	Objet	Traitement prescrit		Commentaires
		Oui	Non	

► **Spécialiste 1 : PSYCHOLOGUE CLINICIENNE** .....

**Identité du praticien :**

Madame Selmeh RICHOMME .....  
 Adresse : 2 Rue Jeanne Bacon, 14310 VILLERS-BOCAGE.....  
 ☎ : 02 31 77 91 07 .....

Date	Objet	Traitement prescrit		Commentaires
		Oui	Non	

► **Spécialiste 2 : ORTHODONTISTE** .....

**Identité du praticien :**

Docteur Victor FAU, Docteur Pierre LEPELLETIER, Docteur Capucine LE GOUBEY .....  
 71 Rue Élise Deroche, Quartier Koenig, .....  
 14760 Bretteville sur Odon .....  
 ☎ : 02 61 67 22 22 .....

Date	Objet	Traitement prescrit		Commentaires
		Oui	Non	

► **Spécialiste 3 : OPHTALMOLOGISTE** .....

**Identité du praticien :**

Docteur Isabelle VIELPEAU .....  
 6 rue Jane Adams .....  
 14280 SAINT CONTEST .....  
 ☎ : 02 31 43 59 33 .....

Date	Objet	Traitement prescrit		Commentaires
		Oui	Non	

► Spécialiste 4 : .....

Identité du praticien :

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

☎ : .....

Date	Objet	Traitement prescrit		Commentaires
		Oui	Non	

↳ LE DÉVELOPPEMENT, LA SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE DE L'ACCUEILLI

➤ Vie quotidienne, hygiène...

► Les objectifs visés par le Référent éducatif de la Protection de l'Enfance :

Date	Objectifs	Moyens	Échéance

Année :

VIE QUOTIDIENNE :		
<u>Constat :</u>		
Objectifs	Moyens	Statut
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :
SANTÉ :		
<u>Constat :</u>		
Objectifs	Moyens	Statut
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :
RELATIONNEL :		
<u>Constat :</u>		
Objectifs	Moyens	Statut
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :

Année :

**VIE QUOTIDIENNE :**

Constat :

Objectifs	Moyens	Statut
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :

**SANTÉ :**

Constat :

Objectifs	Moyens	Statut
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :

**RELATIONNEL :**

Constat :

Objectifs	Moyens	Statut
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :

↳ LES RELATIONS AVEC LA FAMILLE ET LES TIERS

► Les objectifs visés par le Référent éducatif de la Protection de l'Enfance :

Date	Objectifs	Moyens	Échéance

► Les objectifs mis en place par le LVA :

Année :

Objectifs	Moyens mis en place	Statut
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre : terminé
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :

Commentaires :

Année :

Objectifs	Moyens	Statut
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :

Commentaires :

↳ SUIVI SCOLARITÉ ET/OU PROJET PROFESSIONNEL

➤ Cursus scolaire, formation, projet professionnel, perspectives d'avenir

▶ Suivi scolarité

Partie service Protection de l'enfance :

La situation scolaire antérieure pré-accueil au sein du LVA de la Protection de l'Enfance :

Remarques : .....

.....

Partie LVA :

**ANNÉE SCOLAIRE :**

Nom établissement : .....

Classe : .....

Trimestre N°	Réunions Professeurs / Sujets	Incidents	Commentaires
1			
2			
3			

Orientation/Diplôme : .....

.....

Commentaires :

.....

.....

ANNÉE SCOLAIRE : 2024-2025

Nom établissement : .....

Classe : .....

Trimestre N°	Réunions Professeurs / Sujets	Incidents	Commentaires
1			
2			
3			

Orientation/Diplôme : .....

.....

Commentaires :

.....

.....

↳ VIE SOCIALE

➤ Activités sportives, culturelles, amis ...

Partie service Protection de l'enfance :

Activités pratiquées antérieurement à l'accueil au sein du LVA :

Remarques : .....

.....

Partie LVA :

Année :

<u>Constat :</u>		
Objectifs	Moyens	Statut
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :

Année :

<u>Constat :</u>		
Objectifs	Moyens	Statut
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :

↳ MÉDIATION ANIMALE

➤ Médiation Animale Canine :

Référente : Morgane COUVELARD

Année :

<u>Constat :</u>		
Objectifs	Moyens	Statut
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :

Commentaires :

.....  
 .....

Année :

<u>Constat :</u>		
Objectifs	Moyens	Statut
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :

Commentaires :

.....  
 .....

Année :

<b>Constat :</b>		
Jennifer manque de confiance en elle. Elle confronte le cadre et se dérobe aux tâches.		
Objectifs	Moyens	Statut
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :

Commentaires :

.....

.....

Année :

<b>Constat :</b>		
Objectifs	Moyens	Statut
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> autre :

Commentaires :

.....

.....