

FAISONS CONNAISSANCE AVANT L'ACCUEIL

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

PARENT (1)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

PARENT (2)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Va-t-il à l'école :

OUI NON

Est-il accompagné à l'école :

OUI NON

Notification MDPH :

OUI NON En cours

Suit-il un traitement médical :

OUI NON

Matin Midi Soir

Médicaments/posologie :

Lieu de vie :

Domicile Structure spécialisée

Famille d'accueil

**S'il s'agit d'une famille d'accueil
ou d'une structure spécialisée :**

Nom de la personne référente :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

LES PROFESSIONNELS QUI ACCOMPAGNENT L'ENFANT

Nom :

Profession :

Tél :

Mail :

Pouvons nous le contacter :

OUI NON

Nom :

Profession :

Tél :

Mail :

Pouvons nous le contacter :

OUI NON

Nom :

Profession :

Tél :

Mail :

Pouvons nous le contacter :

OUI NON

Nom :

Profession :

Tél :

Mail :

Pouvons nous le contacter :

OUI NON

J'aime :

Il est difficile pour moi :

Pour m'aider dans mes activités :

Petites astuces :

Ma communication :

Ma relation aux autres :

Mes situations de mal être (éléments déclencheurs, repérage...) :

Comment y répondre :

Mes repas :

Mon sommeil :

Pour aller aux toilettes :

Mes déplacements, les attentions particulières lors des sorties :

Vigilance santé :

Parole de l'enfant :

Parole des parents ou du référent :