

FAISONS CONNAISSANCE AVANT L'ACCUEIL

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

PARENT (1)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

PARENT (2)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Mon enfant va 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 :

Ecole :

Structure spécialisée

Nom de l'établissement :

Personne référente de l'enfant :

Fonction :

Pouvons nous les contacter

OUI NON

Suivi en libéral

Nom :

Profession :

Tél :

Pouvons nous le contacter :

OUI NON

Suivi en libéral

Nom :

Profession :

Tél :

Pouvons nous le contacter :

OUI NON

Ce qu'il aime faire :

Ce qu'il n'aime pas faire :

Activités :

Oui

Non

Sait-il faire un choix entre plusieurs activités:

Il joue, participe, s'intègre à une activité de groupe :

Il invite un camarade à jouer avec lui :

Il admet et respect les règles du jeu :

Combien de temps en moyenne peut-il rester concentré sur une activité :

Quels sont les centres d'intérêts, les activités qu'il pratique régulièrement :

Pendant le temps calme faut-il privilégier des activités individuelles, si oui lesquelles :

Observations :

La nature des activités :



Aime-t-il les activités manuelles :

Aime-t-il le coloriage :

Aime-t-il la peinture :

Aime-t-il les jeux de construction :

Aime-t-il les activités sportives :

Aime-t-il les jeux de balle/ballon :

Aime-t-il la musique :

Aime-t-il le chant en groupe :

Aime-t-il les histoires et les contes :

Aime-t-il le cirque :

Aime-t-il les activités scientifiques :

Aime-t-il les activités numériques :

Aime-t-il se baigner :

Autres activités et observations :

Orientation dans l'espace et le temps :

	Oui	Avec aide ponctuelle	Avec aide permanente	Non
Sait-il se repérer dans l'espace :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-t-il conscience du danger :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se repère-t-il dans le temps (moments de la journée) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilise-t-il un timer ou une montre :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-t-il besoin d'un planning illustrant le déroulement de la journée :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observations :

Autonomie et mobilité :

	Oui	Avec aide ponctuelle	Avec aide permanente	Non
Votre enfant tient-il assis :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Circule-t-il en fauteuil manuel :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Circule-t-il en fauteuil roulant électrique :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peut-il se tenir debout :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilise-t-il des béquilles :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilise-t-il un déambulateur :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peut-il monter et/ou descendre un escalier :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Porte-t-il un appareil orthopédique :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observations :

Aptitudes et mobilité :

	Oui	Non
Rencontre-t-il des difficultés lors de l'utilisation des transports collectifs (bus, tramway...) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Rencontre-t-il des difficultés lors de l'utilisation des "petits" transports (voiture, minibus...) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------	-----------------------

Observations :

Habillage et déshabillage :

	Oui	Non	Avec aide
Reconnait-il ses vêtements :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sait-il s'habiller :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sait-il lacer ces chaussures :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observations :

Temps de repos :

	Oui	Non
Fait-il la sieste :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-t-il besoin d'un temps calme après le repas :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-t-il besoin d'un temps calme dans la journée :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-t-il des besoins spécifiques (doudou, noir, calme...) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilise-t-il un casque antibruit :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Observations :		

Propreté et hygiène :

	Oui	Non	Avec aide
Se lave-t-il les mains :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sait-il exprimer son besoin d'aller aux toilettes :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Va-t-il seul aux toilettes :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Observations :			

Repas et alimentation :

	Oui	Non
Mange-il seul :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Boit-il seul :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sait-il gérer les quantités :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arrive-t-il à se servir seul :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est-il sélectif, si ou précisez dans les observations :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faut-il lui mixer les aliments :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mange-il lentement :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le bruit en salle de repas le dérange-t-il :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Préfère-t-il manger isolé :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emmène-t-il un objet personnel à table :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observations :

Communication et consignes :

	Oui	Non	Avec aide	Parfois
Sait-il écrire :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sait-il lire :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Communique-t-il par le langage :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Communique-t-il par cris :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilise-t-il des pictogrammes :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilise-t-il le langage des signes :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-t-il une déficience auditive :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-t-il des difficultés visuelles :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comprend-il les consignes (sécurité, règle de jeux...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observations :

Participation et socialisation :

	Oui	Non	Parfois
Est-il à l'aise dans un groupe d'enfants :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arrive-t-il à être en communication avec les enfants :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'isole-t-il :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est-il à l'aise avec les adultes :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arrive-t-il à être en communication avec les adultes :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observations :

Comportement :

Oui

Non

Parfois

Est-il calme :

Est-il agité :

Peut-il être agressif envers lui-même :

Peut-il être agressif envers les autres :

A-t-il tendance à s'échapper, à se cacher :

Va-t-il facilement vers un inconnu :

A-t-il des rituels :

Lesquels :

A-t-il des peurs :

Lesquelles :

Se met-il en colère :

Pour quelle(s) raison(s)

Certaines situations lui provoquent-elles
de l'anxiété :

Lesquelles

Certaines situations sont-elles
rassurantes pour lui :

Lesquelles :

Sait-il patienter pour les temps
de repas, goûter :

Observations :

Comportement :
Repérage des signes de colères :

Comportement :
Méthode(s) et paroles utilisées pour revenir au calme :

Comportement :

Détail des rituels (quoi ? quand ? comment ?) :

Comportement :

Détail des peurs (quoi, quand ?) :

Comportement :

Éléments supplémentaires sur le comportement :

Comportement :

Recommandations diverses :

Nom :

Prénom :

Age :



J'aime :



Je n'aime pas :



Ça m'apaise :



Ça m'énerve :



ça peut m'aider :



J'ai absolument besoin de :



Attention :