

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

Ce qu'il aime faire :



Ce qu'il n'aime pas faire :

Orientation :

	Oui	Seul	Avec aide	Non
Les lieux :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les espaces :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Repère dans le temps :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il a conscience du danger :	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
Observations :				

**Autonomie et mobilité :**

	Oui	Seul	Avec aide	Non
Il se tient debout :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il marche seul :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il marche avec des béquilles :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il marche avec un déambulateur :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il s'assoie :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il monte un escalier :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il circule en fauteuil roulant : (électrique ou manuel)	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
Il un appareil orthopédique :	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
A-t-il peur, est-il mal à l'aise dans les transports :	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
Observations :				

Communication :

	Oui	Seul	Avec aide	Non
Il écrit :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il lit :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il comprend les consignes de sécurité :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il comprend les règles du jeu :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il parle :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il communique par gestes :	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
Il communique par cris :	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
Il utilise des pictogrammes :	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
Observations :				



Participation :

	Oui	Seul	Avec aide	Non
Il va vers les adultes :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il va vers les autres enfants :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il aide les autres :	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
Il joue seul :	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
Il peut soutenir son attention de manière prolongée :	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
Observations :				

Comportement :

	Oui	Non	Parfois
Est-il calme :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est-il agité :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il peut être agressif envers lui-même :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il peut être agressif envers les autres :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il a tendance à s'échapper, à se cacher :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Difficultés/Situations de mal être :

Eléments déclencheurs :

Signes de repérage :

Comment y répondre :

Habillage/Déshabillage :

	Oui	Seul	Avec aide	Non
Haut :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bas :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laçage :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Boutonnage :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fermeture éclair :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chaussettes :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chaussures :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observations :



Propreté/Hygiène :

	Oui	Seul	Avec aide	Non
Il se mouche :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il se lave les mains :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il va aux toilettes:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il sait s'essuyer :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il s'assoie :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il est énurétique :	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
Il est encoprétique :	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>

Observations :

Repas/alimentation :

	Oui	Seul	Avec aide	Non
Il mange :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il boit :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il tient son verre :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il utilise une fourchette :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il utilise un couteau :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il se sert :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il épluche et/ou pèle un fruit :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observations

	Oui	Non
Il mange mixé :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il mange des morceaux :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il suit un régime particulier : Si oui, lequel :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il a des allergies alimentaires : Si oui, lesquelles :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Parole de l'enfant :



Parole des parents ou du référent :



Recommandations :