

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

Ecole :

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 :

Suivi en libéral

Nom :

Profession :

Tél :

Pouvons nous le contacter :

OUI NON

Suivi en libéral

Nom :

Profession :

Tél :

Pouvons nous le contacter :

OUI NON

Centres d'intérêt

Autonomie de déplacement

Habitudes, rituels

Relationnel

Hygiène

Alimentation

Sommeil

Communication

Autres

Difficultés, situation de mal être:

Éléments déclencheurs :

Signe de repérage :

Comment y répondre :

Parole de l'enfant :

Parole des parents :

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 :