

# 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 :