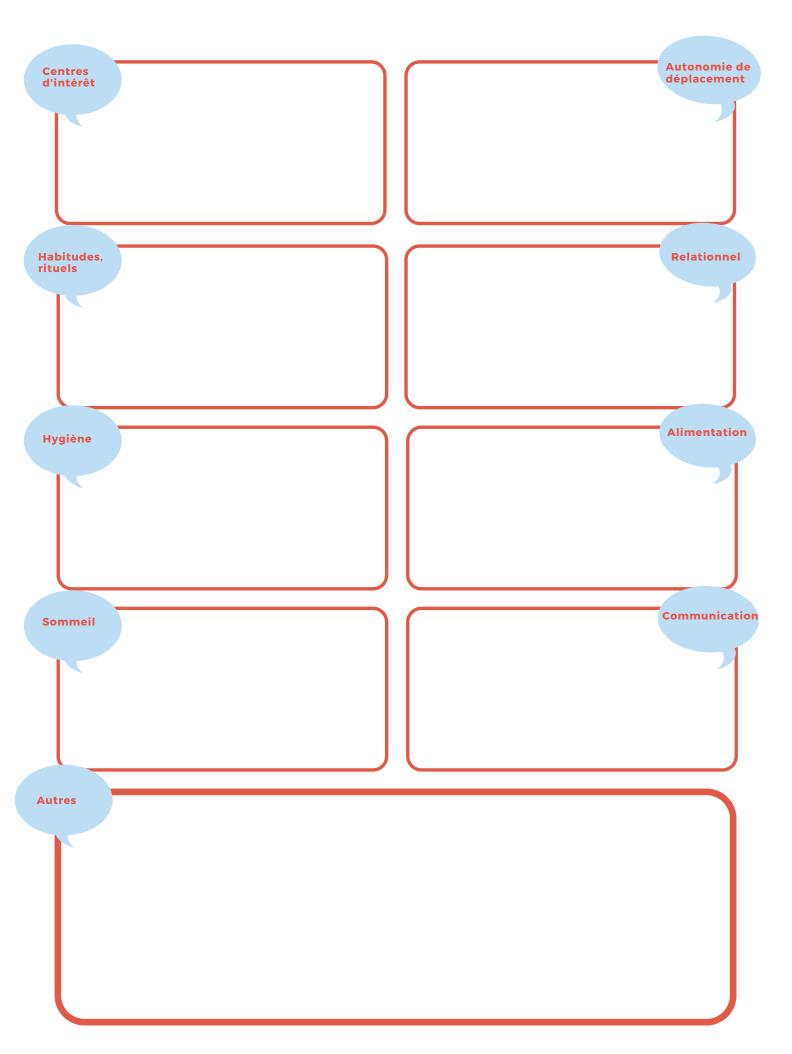
FAISONS CONNAISSANCE AVANT L'ACCUEIL

NOM:	Lieu de vie :	
PRÉNOM:	Domicile Structure spécialisée Famille d'accueil	
DATE DE NAISSANCE : PARENT (1)	S'il s'agit d'une famille d'accueil ou d'une structure spécialisée :	
Nom : Prénom : Adresse :	Nom de la personne référente : Adresse :	
Téléphone :	Téléphone : Mail :	
Mail :		
PARENT (2) Nom:	Suivi en libéral Nom :	
Prénom : Adresse :	Profession:	
Téléphone : Mail :	Tél : Pouvons nous le contacter : OUI NON	
	Suivi en libéral Nom :	
Va-t-il à l'école :	Profession:	
OUI NON Ecole:	Tél : Pouvons nous le contacter :	
Est-il accompagné à l'école : OUI NON	OUI NON	
Notification MDPH: OUI NON En cours		
Suit-il un traitement médical : OUI NON		
Matin Midi Soir		
Médicaments/posologie :		



Difficultés, situation de mal être:	
Éléments déclencheurs :	
Signe de repérage :	
Comment y répondre :	
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	
Parole de l'enfant :	
Parole de l'emant :	
Parole des parents :	

Nom:		Prénom :	Age:
	J'aime :	J.	e n'aime pas :
(5)	Ça m'apaise :	Ç	a m'énerve :
SOS	Ça peut m'aider :		
V	J'ai absolument beso	oin de :	
1	Attention :		