

# 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

**J'aime :**

**Il est difficile pour moi :**

**Pour m'aider dans mes activités :**

**Petites astuces :**

**Ma communication :**

**Ma relation aux autres :**

**Mes situations de mal être (éléments déclencheurs, repérage...) :**

**Comment y répondre :**

**Mes repas :**

**Mon sommeil :**

**Pour aller aux toilettes :**

**Mes déplacements, les attentions particulières lors des sorties :**

**Vigilance santé :**

**Parole de l'enfant :**

**Parole des parents ou du référent :**