

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 :

Les lieux :

Oui

Seul

Avec aide

Non

Les espaces :

Repère dans le temps :

Il a conscience du danger :

Observations :



Autonomie et mobilité :

Il se tient debout :

Oui

Seul

Avec aide

Non

Il marche seul :

Il marche avec des béquilles :

Il marche avec un déambulateur :

Il s'assoie :

Il monte un escalier :

Il circule en fauteuil roulant :
(électrique ou manuel)

Il un appareil orthopédique :

A-t-il peur, est-il mal à l'aise dans
les transports :

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 :



Est-il calme :

Oui

Non

Parfois

Est-il agité :

Il peut être agressif envers lui même :

Il peut être agressif envers les autres :

Il a tendance à s'échapper, à se cacher :

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 :

