

# 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 :**

	Oui	Seul	Avec aide	Non
Les lieux :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les espaces :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Repère dans le temps :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il a conscience du danger :	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
Observations :				

**Autonomie et mobilité :**

	Oui	Seul	Avec aide	Non
Il se tient debout :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il marche seul :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il marche avec des béquilles :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il marche avec un déambulateur :	<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 monte un escalier :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il circule en fauteuil roulant : (électrique ou manuel)	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
Il un appareil orthopédique :	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
A-t-il peur, est-il mal à l'aise dans les transports :	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
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 :**

	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Parfois</b>
Est-il calme :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est-il agité :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il peut être agressif envers lui-même :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il peut être agressif envers les autres :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il a tendance à s'échapper, à se cacher :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**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 :**