

Souffler !

FICHE D'ACCUEIL PERSONNALISÉ



INTRODUCTION

Ce formulaire a pour but de mieux connaître votre enfant, d'évaluer ses besoins spécifiques et d'accompagner au mieux l'équipe qui l'accueillera.

Vous autorisez les PEP Alsace à communiquer les informations que vous avez inscrites sur cette fiche à l'équipe encadrante et aux partenaires cités.

COMPOSITION FAMILIALE

CONCERNE LA FAMILLE :

PARENT 1

Nom :

Prénom :

PARENT 2

Nom :

Prénom :

ENFANT CONCERNÉ

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

*cliquez ici
pour insérer
une photo récente
de votre enfant*

AUTRES ENFANTS DU FOYER

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

COORDONNÉES DES PARENTS OU REPRÉSENTANT LÉGAL

PARENT 1

Nom : Prénoms :
Adresse :
N° de téléphone : N° de portable :
Mail :

PARENT 2

Nom : Prénoms :
Adresse :
N° de téléphone : N° de portable :
Mail :

NATURE DU HANDICAP

Nom de la pathologie :

Numéro du dossier MDPH :

Aides liées au handicap :

Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)

Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

Commentaire

APPAREILLAGE

Se déplace en fauteuil roulant manuel électrique

Votre enfant utilise un déambulateur une canne

Une prothèse auditive

Autre :

SCOLARITÉ ORDINAIRE

Etablissement fréquenté :

En classe de :

AESH : Oui Non Individuel Nombres d'heures :

Commentaire

MILIEU SPÉCIALISÉ

Votre enfant est-il / elle accueilli(e) en établissement spécialisé : Oui Non
Si oui, précisez :

Nom de l'établissement :

Nom du référent :

Coordonnées :




Autres professionnel du secteur médico-social pouvant être contacté :
(précisez l'Établissement le NOM, le Prénom, les coordonnées et la fonction : assistante sociale, orthophoniste, psychologue, psychomotricien, éducateur spécialisé...)

POUR CONNAÎTRE VOTRE ENFANT...

Quels sont ses centres d'intérêts ? Qu'est-ce qu'il / elle aime faire :

Qu'est-ce qu'il / elle n'aime pas faire :

Aime-t-il / elle :

				<i>Commentaire</i>
Le dessin				
Le bricolage / les arts plastiques				
Les activités manuelles				
Les jeux en extérieurs				
Les jeux de balles				
Les jeux collectifs				
Les jeux en intérieur				
La musique / chanter				
Autres :				

	OUI	NON	<i>Commentaire</i>
--	-----	-----	--------------------

ACTIVITÉS

Sait-il faire un choix parmi plusieurs activités ?			
Pratique-t-il une activité physique régulière ? (si oui, précisez en commentaire svp)			
Pratique-t-il une activité de loisir ? (si oui, précisez en commentaire svp)			
Peut-il soutenir son attention de manière prolongée ? (durée d'un film / spectacle)			
A-t-il peur de l'eau ?			
Sait-il nager ?			

AUTONOMIE

Votre enfant sait :

	OUI	NON	Commentaire
ORIENTATION			
Se repérer dans le temps, les moments de la journée			
Mémoriser un trajet			
A conscience du danger			
Se met en danger (routes, espaces non cloisonnés...)			
HYGIÈNE & PROPRETÉ			
Se laver les mains			
Se brosser les dents			
Prendre sa douche			
Se laver les cheveux			
Se coiffer			
Changer ses sous-vêtements			
Reconnaître ses vêtements			
Enurésie : diurne nocturne permanente intermittente			
Encoprésie : diurne nocturne permanente intermittente			
S'essuyer après les selles			
Aller seul aux toilettes à sa demande sans incitation			
DÉPLACEMENT & MOTRICITÉ			
S'asseoir et se lever d'une chaise			
Courir			
Marcher sur un terrain plat			
Marcher sur une poutre/bordure (équilibre)			
Monter et descendre un escalier : avec une rampe sans rampe			
Se relève après une chute			

OUI NON

Commentaire

HABILLAGE & DÉSHABILLAGE

Mettre et enlever sa veste			
Mettre un pull			
Mettre ses chaussures / chaussettes			
Laçage, boutonnage, fermeture éclair			
Adapter sa vêtue selon le temps, la température			

REPAS / ALIMENTATION

Se servir			
Utiliser une cuillère, une fourchette, porter des aliments à la bouche			
Couper avec un couteau			
Boire, tenir un verre			
Porter un plateau, tenir une assiette			
A-t-il un régime alimentaire spécifique ? (si oui, précisez en commentaire svp)			

NUITÉE

A-t-il besoin d'un lit adapté ?			
A-t-il besoin d'une aide pour se coucher / se lever ?			
A-t-il besoin d'une veilleuse ?			
Peut-il dormir dans un lit superposé (en hauteur) ?			
Se couche-t-il tôt ? (si oui, précisez l'heure en commentaire svp)			
Se lève-t-il tôt ? (si oui, précisez l'heure en commentaire svp)			
Se réveille-t-il pendant la nuit ?			
Fait-il la sieste ?			

SANTÉ

Prend-il / elle un traitement médical ? Oui Non

Si oui, merci de joindre **une copie de l'ordonnance** avec toutes les indications complémentaires.

Indiquez les préconisations d'accompagnement dans l'aide à la prise du traitement :

COMMUNICATION & SOCIALISATION

Votre enfant :

	OUI	NON	Commentaire
Sait parler			
Sait écrire			
Utilise un outil pour communiquer (si oui, précisez en commentaire svp)			
Va facilement vers les autres enfants			
Va facilement vers l'adulte			
Sait interpeller l'adulte pour lui demander quelque chose			
S'isole souvent du groupe			

Observations

COMPORTEMENT

Votre enfant :

	OUI	NON	Commentaire
Est-il plutôt timide			
Parfois agité			
Peut être violent			
A tendance à s'échapper			
A tendance à se cacher			
A tendance à se mettre en danger			
Ne supporte pas le bruit			
Comprend et respecte les consignes			

Certaines situations le rendent-il / elle nerveux(se) ou anxiogène ? Oui Non

Précisez :

Comment les prévenir ?

Arrive-t-il / elle à retrouver son calme et comment ?

Dans des situations anxiogènes, comment pouvons-nous l'aider ?

Existe-t-il des situations, des objets ou autres qui sont apaisants pour lui / elle ?

POINT DE VIGILANCE

Indiquez les points qui vous paraissent importants concernant votre enfant et que vous souhaitez mettre en avant :

Si vous souhaitez nous transmettre des **documents supplémentaires**, merci de les joindre avec le dossier.

Fait le (date) :

Signature :

Merci de retourner ce formulaire par mail à :
l.holder@pepalsace.fr

Laurette RUDNICKI – Chargée de mission Inclusion
06 20 35 62 87