

## COMPLEMENT A LA FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021

### RECUEIL D'INFORMATIONS AVANT ACCUEIL D'UN ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP

Dossier confidentiel à remplir par le **référént professionnel** de l'enfant et sa **famille**. Ce document doit être rempli de la manière la plus exhaustive possible pour permettre à toute l'équipe de mieux accueillir l'enfant.

#### **CENTRE DE LOISIRS DE CRUAS / LE TEIL / SAINT LAGER BRESSAC / VALVIGNERES**

Personne référente : .....

Tel : ..... Mail : .....

Jours d'accueil prévus (après préparation) :

#### **ETABLISSEMENT DE SCOLARISATION :**

Nom :

Adresse :

Référént de l'enfant (enseignant, AVS ...) :

Tél :

Mail :

#### **STRUCTURE SPECIALISEE :**

Nom :

Adresse :

Tél :

Mail :

Personne référente de l'enfant :

Tél :

Mail :

Médecin traitant de l'enfant :

Tél :

Mail :

#### **PROFESSIONNELS SANTE LIBERAUX :**

Nom :

Profession :

Tél :

Mail :

Nom :

Profession :

Tél :

Mail :

LIENS PARTENAIRES :

Accord des parents :

**Ecole** : oui  non

**Structure spécialisée** : oui  non

**Libéraux** : oui  non

❶ Centres d'intérêts :

Ce qu'il aime faire :

Ce qu'il aime moins faire :

Ce qu'il n'aime pas faire du tout :

❷ Comportement :

Calme : oui  non  parfois

Agité : oui  non  parfois

Tolérance à un environnement bruyant : oui  non

Remarques :

Agressif envers lui-même : oui  non  parfois

Agressif envers les autres : oui  non  parfois

Tendance à s'échapper : oui  non  parfois

se cacher : oui  non  parfois

Signes préalables, si oui lesquels :

Certaines situations sont-elles anxiogènes pour votre enfant ?

oui  non  parfois

Lesquelles :

Certaines situations sont-elles rassurantes pour votre enfant ?

oui  non  parfois

Lesquelles :

Votre enfant a des rituels, des habitudes particulières : oui  non

Si oui lesquels ? (Attitude, objet, environnement ...)

Votre enfant est capable de se repérer dans l'espace, les lieux ?

oui  non  avec aide

Votre enfant a conscience du danger ?

oui  non

Votre enfant sait se repérer dans le temps ?

oui  non  avec aide

**Observations :**

③ Particularités sensorielles :

Troubles visuels : oui  non  partiels

Troubles auditifs : oui  non  partiels

Troubles sensoriels autres :

Sons : hyper sensibilité  hypo sensibilité :

Toucher : hyper sensibilité  hypo sensibilité :

Goût : hyper sensibilité  hypo sensibilité :

Odeurs : hyper sensibilité  hypo sensibilité :

**Observations :**

④ Communication :

Communique par la parole : oui  non

Communique par gestes / signes : oui  non

Utilise un support de communication spécifique : oui  non

Si oui lequel :

Consignes particulières pour l'utiliser avec lui ?

Ecrit : oui  non  avec aide

Lit : oui  non  avec aide

Comprend les consignes de sécurité : oui  non  avec aide

Comprend les règles d'un jeu : oui  non  avec aide

**Observations :**

⑤ **Autonomie :**

**HABILLAGE/DESHABILLAGE :**

Haut : oui  non  avec aide

Bas : oui  non  avec aide

Boutonnage : oui  non  avec aide

Fermeture éclair : oui  non  avec aide

Chaussettes : oui  non  avec aide

Chaussures : oui  non  avec aide

Laçage : oui  non  avec aide

**Observations :**

**REPAS / ALIMENTATION :**

Mange : oui  non  avec aide

Boit : oui  non  avec aide

Tient son verre : oui  non  avec aide

Utilise une fourchette : oui  non  avec aide

Coupe ses aliments : oui  non  avec aide

Se sert seul : oui  non  avec aide

Alimentation mixée : oui  non

Régime alimentaire : oui  non

Allergies alimentaires : oui  non

**Observations :**

Votre enfant utilise une aide de marche : oui  non

Déambulateur :

Béquilles :

Attelles :

Chaussures orthopédiques :

Votre enfant sait monter les escaliers : oui  non  avec aide

Votre enfant sait descendre les escaliers : oui  non  avec aide

Votre enfant sait s'asseoir : oui  non  avec aide

Votre enfant se déplace en fauteuil roulant :

Manuel : oui  non  seul  avec aide

Electrique : oui  non  seul  avec aide

Sait faire les transferts : oui  non  seul  avec aide

**Observations :**

**APTITUDES :**

Votre enfant peut marcher longtemps (+ de 10 minutes) : oui  non

Votre enfant court : oui  non

Votre enfant sait nager : oui  non

Votre enfant peut pratiquer un sport : oui  non

Votre enfant est malade en transport : oui  non

Votre enfant a peur de monter dans un bus : oui  non

**Observations :**

**HYGIENE / PROPETE :**

Se moucher : oui  non  avec aide

Se laver les mains : oui  non  avec aide

Aller aux toilettes : oui  non  avec aide

Il y va seul si besoin : oui  non

Il a besoin qu'on le lui rappelle régulièrement : oui  non

S'essuyer : oui  non  avec aide

Se brosser les dents : oui  non  avec aide

Se doucher : oui  non  avec aide

Enurésie diurne : oui  non

Encoprésie diurne : oui  non

Enurésie nocturne : oui  non

Encoprésie nocturne : oui  non

**Observations :**

⑥ Aider / Soulager :

**Attitudes pouvant exprimer douleurs / tensions / mal être :**

Mimique :

Pleurs :

Cris :

Repli sur soi :

Mouvements de défense :

Agressivité :

Agitation inhabituelle :

Raideur :

Diminution de l'éveil :

Diminution de la communication :

Autres :

**Pour apaiser l'enfant :**

Musique : oui  non  une en particulier ?

Jouet : oui  non  un en particulier ?

Doudou : oui  non

Isolement : oui  non

Autres :

**Observations :**

**⑦ Santé :**

Voir fiche sanitaire.

**⑧ Remarques / Recommandations :**

**Je soussigné(e), .....,  
responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.**

**Fait à**

**Signature**

**Le**