

COMPLEMENT A LA FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024

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

Dossier confidentiel à remplir par **le référent 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 :

Référent 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 :

DEPLACEMENTS :

Votre enfant marche : oui non avec aide

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 / PROPRETE :

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