

COMPLEMENT A LA FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025

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