

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Photo

*Cette fiche permettra à l'équipe encadrante de mieux cerner votre enfant afin de répondre au mieux à ses besoins et attentes. Dans chaque rubrique, n'hésitez pas à ajouter tout renseignement complémentaire qui vous semblerait important pour un meilleur accompagnement de votre enfant. Les informations transmises sont à usage interne uniquement.*

### Informations générales



dreamstime.com

Nom :

Prénom :

Sexe : M/F

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

Numéro de sécurité sociale :

Votre enfant est-il scolarisé dans un établissement spécialisé ? Oui  Non

Si oui, lequel :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Personne référente :

### Actes de la vie quotidienne



dreamstime.com

*L'objectif de cette partie est d'avoir une idée précise de l'accompagnement nécessaire dans les actes de la vie quotidienne de votre enfant afin d'adapter au mieux notre présence à ses côtés.*

## Hygiène

- Sait aller aux toilettes : oui  assisté  non   
Est-il énurétique : la nuit  la journée  non   
Est-il encoprétique : la nuit  la journée  non   
Est-ce qu'il porte des protections : la nuit  la journée  non   
Sait-il se laver : oui  assisté  non   
Sait-il s'habiller : oui  assisté  non   
Si c'est une fille, est-elle réglée : oui  non   
    Si oui, sait-elle gérer cela : oui  assistée  non

## Sommeil

- Fait la sieste : oui  non   
Se lève la nuit : oui  non   
Peut avoir des angoisses/insomnies : oui  non   
Heure habituelle de coucher du participant : \_\_\_\_\_  
Peut-il se coucher plus tard (soirée...) ? Oui  non   
Heure habituelle de réveil du participant: \_\_\_\_\_

Précisions (rituel de coucher, besoin de lumière, porte ouverte, doudou, etc.)

## Repas

*Si votre enfant suit un régime alimentaire, veuillez vous assurer que ceci est signalé par le médecin dans la fiche médicale. Veuillez-nous adresser un certificat médical ainsi qu'un protocole personnalisé.*

- A besoin d'aide pour les repas : oui  non   
Sait couper ses aliments : oui  non

Précisions (habitudes pendant le repas, tendances alimentaires à surveiller...)

## Déplacements

Lors des déplacements, est-il préférable de tenir la main de votre enfant : oui  non

Lors des déplacements à pieds, votre enfant est-il conscient du danger lié à la circulation: oui  non

En sortie, votre enfant a-t-il tendance à s'éloigner des adultes qui l'accompagnent :  
oui  non

Consignes éventuelles :

Votre enfant a-t-il des contre-indications en ce qui concerne les moyens de transports suivants ?

- Voiture, minibus : oui  non
- Transport en commun (bus, tram) : oui  non
- Train : oui  non
- Bateau : oui  non

Supporte les longues distances : oui  non

A le mal des transports : oui  non

Symptômes :

Attitudes préconisées (monter à l'avant etc.):

*Pour tout traitement "si besoin" lié au transport, merci de nous transmettre l'ordonnance ainsi que les médicaments correspondants (cf : fiche médicale).*

## Aptitudes

Capacités physiques :

Quelles sont les activités physiques favorites de votre enfant ? \_\_\_\_\_

Peut marcher : + d'1h  1h  - d'1h

Rythme : dynamique  modéré  lent

Votre enfant aime-t-il tenter de nouvelles activités : oui  sur sollicitations  non

Votre enfant sait-il gérer ses affaires personnelles : oui  non

Reconnait-il ses vêtements : oui  non

A-t-il tendance à imaginer que les affaires des autres sont aussi à lui : oui  non

Précisions :

## Vie en collectivité



*Les renseignements que vous fournirez permettront à l'équipe d'encadrement de connaître les capacités d'expression et de communication de votre enfant ainsi que son comportement au sein d'un groupe.*

### Communication

Votre enfant communique-t-il par le langage : oui  non

Communique-t-il par les gestes: oui  non

Utilise-t-il des pictogrammes pour se faire comprendre: oui  non

Votre enfant comprend-t-il facilement ce qu'on lui dit : oui  non

Sait-il écrire : oui  avec de l'aide  non

Sait lire: oui  avec de l'aide  non

Consignes éventuelles pour faciliter la communication :

### Comportement au sein d'un groupe

Votre enfant a-t-il l'habitude d'évoluer au sein d'un groupe : oui  non

Si oui, lequel :

Lui est-il facile de s'intégrer dans un groupe qu'il ne connaît pas ? oui  non

Participe aux actes de la vie quotidienne: oui  non

Pour ce faire, a-t-il besoin d'être sollicité : oui  non

Quelles sont les tâches qu'il/elle fait habituellement (cuisine,ménage, lit, petites courses...):

## Capacités d'adaptation



*Cette partie consiste à cerner au mieux les capacités d'adaptation de votre enfant (capacité à se repérer dans l'espace, réaction face aux imprévus...) afin d'adapter au mieux son environnement et l'accompagnement nécessaire pour une plus grande sérénité.*

### **Orientation spatiale**

Votre enfant sait-il s'orienter rapidement dans un lieu qu'il/elle ne connaît pas :

oui  non

A l'habitude de sortir seul : oui  non

A l'habitude de rester seul : oui  non

Peut demander son chemin : oui  non

### **Troubles du comportement**

Votre enfant peut-il avoir des manifestations agressives: oui  non

envers lui-même  envers les autres  envers les objets

Votre enfant peut-il être angoissé :

- dans un environnement bruyant : oui  non

- dans un environnement particulièrement calme : oui  non

- au sein d'une foule : oui  non

Quels conseils pourriez-vous nous donner pour rassurer votre enfant dans de telles circonstances ?

## Activités et gestion des temps libres



*Cette partie vise à renseigner l'équipe d'encadrement sur les activités à mettre en place lors des loisirs ainsi que sur les précautions à prendre (stimulation, préparation à l'activité etc...).*

## Activités pratiquées

Sait nager : oui  non

- met la tête sous l'eau : oui  non

- sait nager là où il n'a pas pied : oui  non

Autorisé à la baignade :

- sous surveillance: oui  non

- en mer : oui  non

- à la piscine : oui  non

Sait faire du vélo : oui  non

- sur la voie publique : oui  non

Sait monter à cheval : oui  non

A le vertige : oui  non

Votre enfant fait-il une activité régulièrement : oui  non

Si oui, laquelle et dans quel contexte :

Quelles sont les activités de loisirs favorites (sportives, artistiques...) de votre enfant ?

Quelles sont les attentes en terme d'activités proposées ?

## Investissement durant les temps libres

Votre enfant sait-il s'occuper seul : oui  non

Que fait spontanément votre enfant quand il est seul (joue, télévision, regarde des livres, écoute de la musique, dessine...)?

Manifeste-t-il de l'angoisse ou de l'agacement à l'idée de ne pas savoir quoi faire :

oui  non

Préfère-t-il s'isoler : oui  non

Recherche-t-il rapidement la présence de quelqu'un pour s'occuper avec lui:

oui  non

## Droit à l'image



Si vous ne souhaitez pas que l'association « Capavecvous » utilise l'image de votre enfant dans ses publications à venir, merci de cocher cette case :

Je soussigné Mme, Mlle, Mr :

agissant en qualité de

certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets.

Capavecvous décline toute responsabilité en cas d'accident ou d'incident dû à un fait non communiqué ou falsifié.

D'autre part, en accord avec un médecin, j'autorise l'association Capavecvous à prendre toutes les mesures utiles concernant la santé de votre enfant y compris la mise en œuvre de tout traitement ou d'intervention reconnus médicalement urgents.

Fait à

le

Signature :