

Etablissement d'Accueil du Jeune Enfant

Ensemble, vivre l'inclusion !



et Accueil Individuel

Dossier de renseignements

Ce questionnaire permet de mieux connaître l'enfant en vue d'un accueil réussi et pertinent. C'est un outil indispensable pour préparer au mieux l'accueil de l'enfant.

Il est donc utile que chaque question soit renseignée avec le plus de précision possible.



Prénom & Nom de l'enfant :

Date de Naissance : Age : Sexe : M F

DATE :/..../ 202.

Photo de l'enfant

(si vous le souhaitez)

Ensemble, vivre l'inclusion !



Pôle Ressources Handicap 25

6b Boulevard Diderot 25000 Besançon

03-81-52-56-77 www.prh25.fr contact@prh25.fr

Pôle Ressources Handicap du Doubs

Identité et qualité (parents, famille d'accueil, éducateur, assistante sociale...) de la personne complétant le dossier :

Adresse :Code postal - Ville :

① _____ ou _____

✉@.....

Responsable légal : (si différent).....

Adresse :Code postal - Ville :

① _____ ou _____

✉@.....

Environnement de l'enfant :

Le lieu de vie :

Chez ses parents En famille d'accueil Dans un établissement spécialisé (médico-social, médico-éducatif...) Si oui lequel ?.....

Autre lieu de sociabilisation:

EAJE, LAEP, garde d'enfant, autre... Bénéficie-t-il d'une assistance maternelle (nombre d'heures/semaine) ?

Dans un établissement ou service spécialisée (Ime-Itep-Sessad....), etc.

A ce titre, autorisez vous le PRH25 à contacter la personne référente de l'enfant afin d'obtenir des renseignements complémentaires pour préparer au mieux son accueil? Oui Non

Coordonnées de la personne à contacter :

• **Le nom du lieu d'accueil:**

• ① _____ ou _____

• ✉@.....

Pratique-t-il une activité type sport éveil, etc. ?

Oui lesquelles : Non

A-t-il déjà fréquenté ou fréquente-il un accueil collectif ou individuel

Oui (en quelle année, durée ou fréquence?) Non

A-t-il des frères et sœurs ?

Oui (précisez : âge, scolarité, etc): Non

.....

Avez-vous en votre possession des bilans de ces accueils à transmettre au professionnel de la petite enfance ? Oui Non

Non, ce sera sa première expérience d'accueil

SANTÉ

L'enfant a-t-il eu ou a-t-il encore des difficultés de santé (accident, crises convulsives, opération, hospitalisation, rééducation) ? Existe-t-il des précautions à prendre au quotidien? Si oui, lesquelles?

NB: les éléments évoqués sur cette page ne se substitueront pas à la fiche sanitaire

L'enfant est-il soumis à un traitement médical ou paramédical (kinésithérapeute, infirmière...): Oui Non

Nom et téléphone du médecin ayant prescrit ce traitement:  0

Médicament(s) et/ou acte(s)

Posologie

L'administration de ce traitement a-t-elle des effets secondaires (intolérance au soleil, perte d'appétit, fatigue excessive, perte d'énergie)?

L'administration de ce traitement nécessite-t-elle la présence d'un professionnel de la santé(infirmière-kinésithérapeute....)?

Oui (Si oui, merci d'apporter un complément d'informations) Non

L'enfant est-il sujet à l'épilepsie? non

Oui : occasionnellement fréquemment épilepsie stabilisé

Pouvez-vous joindre le protocole à suivre en cas de crise et communiquer les conseils et contre-indications :

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier Oui Non

Si oui, de quel type (allergie, intolérance, diabète...)? Pouvez-vous joindre les consignes particulières à appliquer pendant l'accueil: protocole, menus types, coordonnées de l'éventuelle diététicienne...)

Poids :.....kg

Taille:.....m.....

Quels sont les conseils concernant **la santé** de l'enfant utiles et importants de communiquer pour préparer au mieux l'accueil de l'enfant?

VIE QUOTIDIENNE

Nous allons maintenant nous intéresser à la vie quotidienne de l'enfant selon 7 thématiques (comportement domestique, communication, repos, hygiène, déplacements, activités/loisirs, comportement/reactions). Nous vous proposons de compléter les tableaux suivants et de justifier le plus possible vos réponses.

COMPORTEMENT DOMESTIQUE		INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	
L'enfant a-t-il un doudou et/ou un jouet fétiche ?	oui	non	
Sait-il exprimer sa souffrance?	oui	non	
A la notion du danger	oui	non	
Si oui, précisez (prise, eau chaude, etc.)			
Retrouve facilement les sanitaires, sa chambre, les lieux de vie communs	oui	non	
Les transitions ont-elles besoin d'être anticipées et accompagnées	oui	non	Changements de lieux <input type="checkbox"/> Changement d'activités <input type="checkbox"/>

COMMUNICATION		INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	
Communique par le langage	oui	non	
Utilise des moyens complémentaires : LSF-Pictogramme-Makaton....	oui	non	
Comprend facilement les sollicitations des autres enfants	oui	non	
Répond à une question avec pertinence	oui	non	
Lit / chante (comptines, etc.)	oui	non	
Ecrit / dessine	oui	non	
Entre en relation avec ses pairs, engage l'interaction	oui	non	
Se fait comprendre, exprime ses envies et ses besoins	oui	non	

SOMMEIL- LEVER- COUCHER

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

A des difficultés pour s'endormir	oui	non
-----------------------------------	-----	-----

A besoin d'être rassuré au moment du coucher	oui	non
--	-----	-----

A un sommeil agité (angoisse- insomnie- se lève...)	oui	non
--	-----	-----

A l'habitude de dormir dans une chambre à plusieurs	oui	non
--	-----	-----

A besoin d'une veilleuse, de son doudou, etc.)	oui	non
---	-----	-----

A peur de l'obscurité	oui	non
-----------------------	-----	-----

Se réveille tôt habituelle- ment	oui	non
-------------------------------------	-----	-----

A un lever difficile	oui	non
----------------------	-----	-----

A besoin de temps de repos spécifique dans la journée	oui	non
--	-----	-----

A besoin de se retrouver seul régulièrement	oui	non
--	-----	-----

Avez-vous des conseils concernant **le comportement domestique, la communication ainsi que la gestion du repos** à communiquer afin d'accompagner au mieux l'enfant sur ces temps ? (difficultés à prendre des repères spatiaux, nécessité de reformuler les consignes, s'assurer que l'enfant a bien compris une consigne, difficultés de langage, sieste....)

HYGIENE

HABILLEMENT & Alimentation

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

A besoin d'une attention particulière pour la toilette.	oui	non
---	-----	-----

Si oui: la toilette est-elle à surveiller, à accompagner ou doit-elle être réalisée par un adulte ?

A besoin d'une assistance particulière l'habillement (ex: pour mettre son manteau)	oui	non
--	-----	-----

A des vêtements/ accessoires spécifique, ex: lunette de soleil, casque anti-bruit, etc.)	oui	non
--	-----	-----

Reconnaît ses vêtements	oui	non
-------------------------	-----	-----

A des routines/ habitudes spécifiques (pour manger, s'habiller, etc.)	oui	non
---	-----	-----

L'alimentation: des choses spécifiques à notifier ? (fréquence, texture, etc.)	oui	non
--	-----	-----

Si biberons : nombre de prise, horaire, température, etc.)

A besoin d'être sollicité pour aller aux toilettes	oui	non
--	-----	-----

A besoin d'accompagnement lorsqu'il va aux toilettes	oui	non
--	-----	-----

Si porte des couches, des consignes spécifiques ?	oui	non
---	-----	-----

Avez-vous des conseils concernant **l'hygiène** , **l'habillement** et **l'alimentation** à communiquer afin d'accompagner au mieux l'enfant sur ce temps ?

DEPLACEMENTS		INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	
A des difficultés de locomotion (si oui précisez)	oui	non	
Nécessite des accessoires pour se mouvoir	oui	non	
Peut se déplacer en voiture, bus (ex: sortie)	oui	non	
Les déplacement, promenades peuvent être contraignant (si oui précisez la durée limite)	oui	non	<input type="checkbox"/> Fatigabilité <input type="checkbox"/> Manque de motivation <input type="checkbox"/> Problèmes d'équilibre <input type="checkbox"/> Autre
Sait faire du tricycle, vélo, trotteur, autre)	oui	non	
Comprend et respecte les consignes de sécurité lors d'un déplacement	oui	non	

Avez-vous des conseils concernant **les déplacements** à communiquer afin d'accompagner au mieux l'enfant sur ces temps (rappeler les consignes de sécurité, fatigabilité, personnes autorisées à venir chercher l'enfant...) ?

ACTIVITES ET LOISIRS		INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	
Sait faire un choix entre plusieurs activités	oui	non	
Joue, participe, s'intègre a une activité de groupe (8 enfants)	oui	non	
Invite un camarade à jouer, se promener.....	oui	non	
Admet et respecte les règles du jeu, la défaite	oui	non	
Apprécie les activités sportives	oui	non	
Apprécie le théâtre, le chant, le cirque, la musique	oui	non	
Apprécie les activités manuelles	oui	non	
Apprécie le dessin et arts plastiques	oui	non	
Apprécie les activités scientifiques, informatiques	oui	non	
Aime les animaux	oui	non	
A des contres-indications pour faire des activités	oui	non	

Combien de temps peut-il rester concentré sur une activité en moyenne(15min-25min-50min) ?

Quels sont ses centres d'intérêts, les activités qu'il pratique régulièrement?

Pendant les temps calmes ou à d'autres moments de la journée faut-il privilégier des activités individuelles ? Si oui lesquelles et à quels moments ? L'enfant a t-il d'un doudou et/tétine? A quel moment?

Y-a-t-il des activités à exclure en raison d'une incapacité?

- Comment pourriez vous décrire ses relations avec les autres enfants ?

(exemple : se met à retrait, s'exclut du groupe, est en capacité d'inviter un camarade à jouer, est influençable, est bienveillant avec les autres enfants

- Comment pourriez vous décrire ses relations avec les adultes ?

- Quel comportement a l'enfant en dehors du cadre de vie habituel ? Sorties-activités....

- Quelles peuvent être les difficultés majeures et que préconisez-vous pour les gérer ?

- Selon votre expérience, y-a-t-il un moyen d'éviter les difficultés ou de les anticiper ?

ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DE L'ENFANT

- L'enfant a-t-il conscience de ses difficultés et le cas échéant est-il ou non à l'aise pour en parler ?

- Quels sont les troubles repérés, leurs éléments déclencheurs et leurs fréquences ? (phobies, violences, automutilation, mutisme, fugues, agressivité, sentiment de persécution, délires...)

- Quelles attitudes ou solutions fonctionnent selon vous face à des situations problématiques ?

- Nous vous proposons d'indiquer les divers renseignements non encore évoqués et utiles à communiquer à l'équipe d'animation qui accueillera l'enfant :

LE PROJET D'INCLUSION EN EAJE OU ACCUEIL INDIVIDUEL

- **Quels éléments sont les éléments qui motivent l'inscription ?**

- L'initiative de l'enfant à vouloir participer à un temps de loisirs
- Le choix des activités et/ou des thématiques
- Un projet travaillé avec la famille et/ou les éducateurs
- Un choix de la famille et/ou des éducateurs
- Un temps de répit pour la famille

Indiquez ici toute information que vous jugez importante de transmettre à l'équipe d'animation en amont de l'accueil de votre enfant :