

**ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL DU  
JEUNE ENFANT ET ACCUEIL  
INDIVIDUEL**

**Nom et Prénom de l'enfant**

Date de naissance:

Âge:

Sexe: M    /F

**Date**

**/    / 202**

# Identité

**de la personne complétant le dossier**  
(parents, famille d'accueil, éducateur, assistante sociale...)

**NOM et Prénom :**

**Adresse :**

**Ville :**

**Num:**

**Qualité :**

**Code postal .**

@

**Responsable légal :** (si différent)

**Adresse :**

**Ville :**

**Num:**

@

**Environnement de l'enfant :**

**Le lieu de vie**

Chez ses parents

En famille d'accueil

Dans un établissement spécialisé (médico-social, médico-éducatif...) Lequel ?

**Autre lieu de socialisation :**

LAEP, garde d'enfant, assistante maternelle (nombre d'heures/semaine) ?

**Coordonnées de la personne à contacter :**

Autorisez vous le PARIH83 à contacter la personne référente/ou l'établissement de votre enfant afin d'obtenir des renseignements complémentaires pour préparer au mieux son accueil ?

**Oui**

**Non**

**Num:**

@

**Le nom du lieu d'accueil :**

**A-t-il déjà fréquenté ou fréquente-t-il un accueil collectif ?**

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

**Non** (ce sera sa première expérience d'accueil)

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

**Oui**

**Non**

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

**Non**

**Oui** lesquelles :

**A-t-il des frères et sœurs ?**

**Non**

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

# Santé

L'enfant a-t-il eu ou a-t-il encore des difficultés de santé (accident, crises convulsives, opération, hospitalisation, rééducation...)?

**Oui**      **Non**

Existe-t-il des précautions à prendre au quotidien?

**Oui**      **Non**

## Informations complémentaires:

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

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... ?

**Oui**      **Non**

## Informations complémentaires

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**

## Informations complémentaires

L'enfant est-il sujet à l'épilepsie ?

**Non**

**Oui**

**Occasionnellement**

**Fréquemment**

**Épilepsie stabilisée**

**Informations complémentaires** (Protocole à suivre en cas de crise, conseils et contre-indications) :

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

**Oui**

**Non**

Si oui, de quel type (allergie, intolérance, diabète ...) ?

**Informations complémentaires** (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 remplir les tableaux suivants et de justifier le plus possible vos réponses.

## Comportement domestique

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

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

## Communication

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Communique par le langage	<b>oui</b>	<b>non</b>
Utilise des moyens complémentaires (Pictogrammes, LSF, Makathon)	<b>oui</b>	<b>non</b>
Comprend facilement les sollicitations des autres enfants	<b>oui</b>	<b>non</b>
Répond à une question avec pertinence	<b>oui</b>	<b>non</b>
Lit/chante (livres, comptines, etc.)	<b>oui</b>	<b>non</b>
Ecrit / dessine	<b>oui</b>	<b>non</b>
Entre en relation avec ses pairs, Engage l'interaction	<b>oui</b>	<b>non</b>
Se fait comprendre, exprime ses envies et ses besoins	<b>oui</b>	<b>non</b>

# Sommeil /Lever /Coucher

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

À des difficultés pour s'endormir	<b>oui</b>	<b>non</b>
À besoin d'être rassuré au moment du coucher	<b>oui</b>	<b>non</b>
À un sommeil agité (angoisse - insomnie - se lève...)	<b>oui</b>	<b>non</b>
À l'habitude de dormir dans une chambre à plusieurs	<b>oui</b>	<b>non</b>
À besoin d'une veilleuse, de son doudou, etc.)	<b>oui</b>	<b>non</b>
À peur de l'obscurité	<b>oui</b>	<b>non</b>
Se réveille tôt habituellement	<b>oui</b>	<b>non</b>
À un lever difficile	<b>oui</b>	<b>non</b>
À besoin de temps de repos spécifique dans la journée	<b>oui</b>	<b>non</b>
À besoin de se retrouver seul régulièrement	<b>oui</b>	<b>non</b>

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...)

# Hygiène/ Habillement/ Alimentation

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

<b>À besoin d'une attention particulière pour la toilette</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
<b>Si oui : la toilette est-elle à surveiller, à accompagner ou doit-elle être réalisée par un adulte?</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
<b>À besoin d'une assistance particulière l'habillement (ex : pour mettre son manteau)</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
<b>À des vêtements / accessoires spécifique, ex : lunette de soleil, casque anti-bruit, etc...)</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
<b>Reconnait ses vêtements</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
<b>À des routines/ habitudes spécifiques (pour manger, s'habiller, etc...)</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
<b>L'alimentation: des choses spécifiques à notifier ? (fréquence, texture, etc.)</b> Si biberons : nombre de prise, horaire, température, etc...	<b>oui</b>	<b>non</b>
<b>À besoin d'être sollicité pour aller aux toilettes</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
<b>À besoin d'accompagnement lorsqu'il va aux toilettes</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
<b>Si porte des couches, des consignes spécifiques ?</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>

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

# Déplacements

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

<b>À des difficultés de locomotion (si oui précisez)</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
<b>À besoin d'accessoires pour se mouvoir</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
<b>Peut se déplacer en voiture, bus...(ex : sortie)</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
<b>Les déplacements, promenades peuvent être contraignants</b> (si oui précisez la durée limite)	<b>oui</b>	<b>non</b>
	Fatigabilité	Manque de motivation
	Problèmes d'équilibre	Autre
<b>Sait faire du tricycle, vélo, trotteur...</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
<b>Autre (précisez)</b>		
<b>Comprend et respecte les consignes de sécurité lors d'un déplacement</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>

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...)?



# Activités et Loisirs

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

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

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

Quels sont ses centres d'intérêts, ses activités préférées ?

Pendant les temps calmes ou à d'autres moments de la journée faut-il privilégier un certain type d'activités ? Si oui lesquelles et à quels moments ? Ces temps doivent-ils être accompagnés de doudou/tétine... ?

Y a-t-il des activités à exclure (incapacité, stress...) ?

# L'Enfant en situation de vie collective

- **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 :**

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

L'initiative de l'enfant de 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 les familles

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