

**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 ? | oui | non |
| Sait-il exprimer sa souffrance ? | oui | non |
| À la notion du danger? | oui | non |
| Si oui, précisez (prise, eau chaude, etc.) | oui | non |
| Retrouve facilement les sanitaires, sa chambre, les lieux de vie communs | oui | non |
| Les transitions ont besoin d'être anticipées et accompagnées | oui | non |
| Changements de lieux | | |
| Changement d'activités | | |

Communication

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

| | | |
|--|------------|------------|
| Communique par le langage | oui | non |
| Utilise des moyens complémentaires (Pictogrammes, LSF, Makathon) | oui | non |
| Comprend facilement les sollicitations des autres enfants | oui | non |
| Répond à une question avec pertinence | oui | non |
| Lit/chante (livres, 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

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

Hygiène/ Habillement/ Alimentation

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

| | | |
|--|------------|------------|
| À 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? | oui | non |
| À besoin d'une assistance particulière l'habillement (ex : pour mettre son manteau) | oui | non |
| À des vêtements / accessoires spécifique, ex : lunette de soleil, casque anti-bruit, etc...) | oui | non |
| Reconnait ses vêtements | oui | non |
| À des routines/ habitudes spécifiques (pour manger, s'habiller, etc...) | oui | non |
| L'alimentation: des choses spécifiques à notifier ? (fréquence, texture, etc.) Si biberons : nombre de prise, horaire, température, etc... | oui | non |
| À besoin d'être sollicité pour aller aux toilettes | oui | non |
| À 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 ?

Déplacements

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

| | | |
|---|-----------------------|----------------------|
| À des difficultés de locomotion (si oui précisez) | oui | non |
| À besoin d'accessoires pour se mouvoir | oui | non |
| Peut se déplacer en voiture, bus...(ex : sortie) | oui | non |
| Les déplacements, promenades peuvent être contraignants (si oui précisez la durée limite) | oui | non |
| | Fatigabilité | Manque de motivation |
| | Problèmes d'équilibre | Autre |
| Sait faire du tricycle, vélo, trotteur... | oui | non |
| Autre (précisez) | | |
| 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...) ?

Activités 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 Apprécie le dessin et arts plastiques | oui | non |
| Apprécie les activités scientifiques, informatiques | oui | non |
| Aime les animaux | oui | non |
| À 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, 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 :