Personnes et professionnels intervenant dans le suivi de l'enfant

Qui :

Action :

Coordonnées:

Qui :

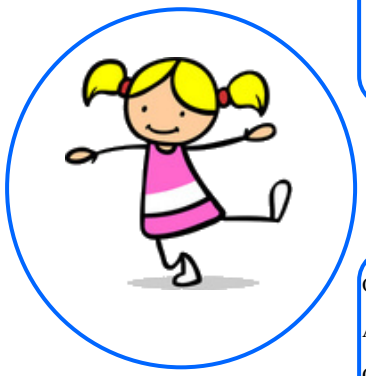
Action :

Coordonnées:

Qui :

Action :

Coordonnées:



Qui :

Action :

Coordonnées:

Qui :

Action :

Coordonnées:

Qui :

Action :

Coordonnées:

Pôle Ressources Handicap
4, Place du Champs de Mars - 16000 ANGOULÊME
05 86 55 00 26 - 06 23 13 00 37
poleressources16@gpa-asso.fr

Livret d'accueil Individualisé

Livret renseigné le: .....

Nom : ..... **Prénom**: .....

Date de naissance : / / **Enfant scolarisé:** **oui** **non**

Ecole fréquentée: ..... **Avec AVS:** **oui** **non**

A-t-il déjà des frères et sœurs déjà présents sur la structure: oui non

Si oui, lesquels: .....

L'enfant bénéficie-t-il de l'AEEH: **oui** **non**

Noms et prénoms des responsables légaux: .....

Adresse: .....

Tél domicile: ..... **Mail :** .....

Portable mère: ..... **Portable père:** .....

Travail mère: .....**Travail père:** .....

Lieu de vie de l'enfant: □ **domicile** □ **structure spécialisée** □ **famille d'accueil**

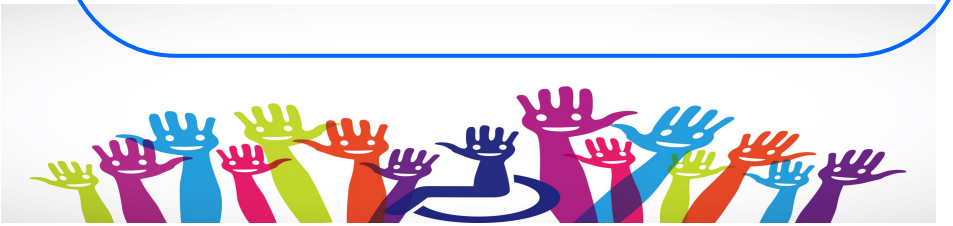
S'il s'agit d'une structure ou famille d'accueil:

Nom de la personne référente: .....

Adresse: .....

Tél domicile: ..... **Tél portable:** .....

Mail: .....



LIEU D'ACCUEIL SOUHAITE:

Nom du lieu d'accueil…….

Téléphone: ……Mail: ……..

Types et périodes d'accueil envisagés

Accueil de loisirs: ☐ Petites vacances ☐ Mercredi ☐ Eté

Accueil du jeune enfant: ☐ Temps partiel ☐ Temps complet

Jours d'accueil : ……

CENTRES D'INTERETS:

Ce qu'il aime ou aime faire:

Ce qu'il aime moins ou aime moins faire:

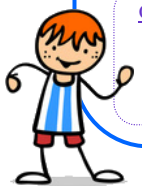
Ce qu'il n'aime pas du tout faire:

LES ACTIVITES:

Activités manuelles:

Activités collectives:

Observations:



ORIENTATION:

Les lieux, l'espace:	oui	seul	avec aide	non
Repères dans le temps:	oui	seul	avec aide	non
Il a conscience du danger:	oui			non

Observations:

EXPRESSION LIBRE:

Paroles de l'enfant :

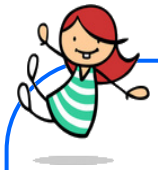
Paroles des parents ou du référent :

SUGGESTIONS / RECOMMANDATIONS:

PARTICIPATION:

Il va vers les adultes:	oui	seul	avec aide	non
Il va vers les autres enfants:	oui	seul	avec aide	non
Il aide les autres:	oui			non
Il joue seul:	oui			non
Il peut soutenir son attention de manière prolongée:	oui			non

Observations:



COMMUNICATION:

Il écrit:	oui	seul	avec aide	non
Il lit:	oui	seul	avec aide	non
Il comprend les consignes de sécurité:	oui	seul	avec aide	non
Il comprend les règles du jeu:	oui	seul	avec aide	non
Il parle:	oui			non
Il communique par gestes:	oui			non
Il communique par cris:	oui			non

Observations:

COMPORTEMENT:

Il est calme:	oui	seul	avec aide	non
Il est agité:	oui	seul	avec aide	non
Il est agressif envers les autres:	oui	seul	avec aide	non
Il est agressif envers lui-même:	oui	seul	avec aide	non
Il a tendance à s'échapper, se cacher:	oui	seul	avec aide	non

Difficultés/ Situations de mal être

Eléments déclencheurs:

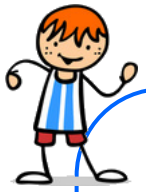
Signes de repérage:

Comment y répondre:

AUTONOMIE ET MOBILITE:

Il se tient debout:	oui	seul	avec aide	non
Il marche seul:	oui	seul	avec aide	non
Il marche avec des béquilles:	oui	seul	avec aide	non
Il marche avec un déambulateur:	oui	seul	avec aide	non
Il s'assoie:	oui	seul	avec aide	non
Il monte un escalier:	oui	seul	avec aide	non
Il circule en fauteuil roulant: (électrique ou manuel)	oui			non
Il porte un appareil orthopédique:	oui			non
A-t-il peur, est-il mal à l'aise dans les transports?	oui			non

Observations:



HABILLAGE/DESHABILLAGE:

Haut:	oui	seul	avec aide	non
Bas:	oui	seul	avec aide	non
Laçage:	oui	seul	avec aide	non
Boutonnage:	oui	seul	avec aide	non
Fermeture éclair:	oui	seul	avec aide	non
Chaussettes:	oui	seul	avec aide	non
Chaussures:	oui	seul	avec aide	non

Observations:

PROPRETE / HYGIENE:

Il se mouche:	oui	seul	avec aide	non
Il se lave les mains:	oui	seul	avec aide	non
Il va aux toilettes:	oui	seul	avec aide	non
Il sait s'essuyer:	oui	seul	avec aide	non
Il s'assoie:	oui	seul	avec aide	non

Il est énurétique :	oui	non
Il est encoprétique:	oui	non

Observations:

REPAS / ALIMENTATION:

Il mange:	oui	seul	avec aide	non
Il boit:	oui	seul	avec aide	non
Il tient son verre:	oui	seul	avec aide	non
Il utilise une fourchette:	oui	seul	avec aide	non
Il utilise un couteau:	oui	seul	avec aide	non
Il se sert:	oui	seul	avec aide	non
Il épluche et/ou pèle un fruit:	oui	seul	avec aide	non

Observations:

Il mange mixé:	oui	non
Il mange des morceaux:	oui	non
Il suit un régime particulier:	oui	non

Si oui, lequel: ……..

Il a des allergies alimentaires:	oui	non

Si oui, lesquelles: ……...