

**Livret d'accueil d'enfant à besoins éducatifs particuliers**

Compléter par le service Vacances Arc-en-Ciel

DOSSIER N°

CENTRE N°

PÉRIODE N°

**Veillez compléter les informations ci-dessous avec le plus de précisions possibles et le plus lisiblement afin d'accueillir au mieux**

**Votre enfant ! ☺**

**L'enfant**

NOM : ..... Prénom : .....

Genre : Masculin  Féminin :  Ne se prononce pas :

Date de naissance : ...../...../..... Âge : ..... Taille : ..... Poids : .....

**Représentant légal de l'enfant**

Responsable légal

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. 1 : ..... Tél. 2 : .....

E-mail : .....

**Autre représentant légal**

Responsable légal

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. 1 : ..... Tél. 2 : .....

E-mail : .....

**Médecin référent**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tel : ..... E-mail : .....

**Ce document est confidentiel. Il est exclusivement utilisé par l'équipe d'animation en charge de l'accueil et de l'accompagnement de l'enfant ou adolescent concerné.**

L'enfant bénéficie-t-il d'une reconnaissance de handicap ?  OUI  NON  EN COURS

Votre enfant est-il accueilli dans ? :

Un établissement scolaire  Un centre spécialisé  Autre : .....

Votre enfant bénéficie-t-il :

D'un PAI (Protocole d'Aide Individualisé), si oui traitement à apporter le jour du départ.

D'un AESH (Accompagnant d'Élèves en Situation de Handicap) sur le temps scolaire

### NATURE DU HANDICAP

- Moteur :  Auditif :  
 Mental :  Visuel :  
 Psychique:  Maladie invalidante :  
 Trouble cognitif :

Autres : .....

### Attention : suite à la question sur la nature du handicap

L'enfant a-t-il des appareillages spécifiques ?  OUI  NON

Appareillage spécifiques/à mettre :	La journée	La nuit	A besoin d'aide pour le(s) mettre
Coquille			
Attelles			
Corset			
Lunettes			
Appareil(s) auditif(s)			
Appareil dentaire			
Chaussure(s) orthopédique(s)			
Autre :			

Si oui, conseils d'utilisation :

.....  
.....  
.....  
.....

### TRAITEMENTS/SOINS MEDICAUX

L'enfant a-t-il :

Un traitement médical (fournir l'ordonnance) : .....

Besoin de soins infirmiers (fournir l'ordonnance) : .....

Si oui, lesquels : .....

Un régime alimentaire particulier : .....

## MES DÉPLACEMENTS

Je marche de façon :

- Autonome       Avec une aide       avec un déambulateur

J'utilise un fauteuil roulant :

- Autonome       Avec une aide .....

J'utilise un fauteuil électrique :

- Autonome       Avec une aide .....

- J'utilise une poussette .....
- Je me déplace en trotteur .....

**Je suis en fauteuil:**

- A coquille .....
- J'aime être sorti(e) de ma coquille .....  
À quels moments de la journée.....
- J'aime me déplacer au sol .....
- Je peux sortir seul(e) de son fauteuil .....
- J'ai besoin d'être soutenu(e) physiquement.....
- J'ai besoin d'être porté(e).....

**Méthode de manipulation recommandée :**

.....

.....

.....

## MES DÉPLACEMENTS EN INTÉRIEURS ET EXTÉRIEURS

- Je suis le groupe ? :       OUI       NON
- Je reste en dehors du groupe :       temps en temps ?       tout le temps ?

Précaution(s) particulière(s) :

.....

.....

## COMMENT JE FAIS POUR COMMUNIQUER ?

- Par la parole de façon :       Ordinaire       Difficile       Très difficile
- Je suis capable d'exprimer un besoin essentiel ? .....
- Je suis capable d'exprimer une douleur, un mal être, une angoisse .....
- Je sais téléphoner : .....
- Je sais lire et écrire : .....

**Je me fais comprendre par:**

- Pictogrammes (les joindre si besoin)
- Tablette
- Cahier-écriture .....
- LSF (langue des signes) .....
- Braille .....
- Tableau de communication .....
- Autres moyens.....

**Je suis capable de comprendre les consignes, règles de jeux :**

- Par l'écriture ou les supports visuels .....
- Par consignes verbales .....
- Par consignes séquencées .....

**MA PERSONNALITÉ – MON COMPORTEMENT**

**Sur le plan des activités :**

**PRÉCISIONS ÉVENTUELLES**

- Je participe aux activités proposées .....
- Je participe mais avec la présence d'un adulte .....
- Je reste très peu concentré sur une activité et j'ai tendance à quitter fréquemment le groupe

**Jeux, sports ou activités j'aime plus particulièrement :**

.....  
.....  
.....

**Contre-indications ou difficultés pour certaines activités (piscine, déguisement, bruits importants, animaux...) :**

.....

**Mes relations avec les autres :**

Ma communication mes camarades ? .....

Ma communication avec les adultes ? .....

Mes difficultés de comportement ? .....

Mes tocs, Mes rituels ? .....

Mes difficultés pour respecter le cadre de vie .....

J'ai des gestes de violence :

- envers moi     envers les autres .....

**Mes réactions à l'interdit ou à l'impossible :**

- Je comprends et accepte le « non » .....
- Je pleure parfois .....
- Je fais des crises (hurlement, mutisme, violence...) .....
- Je quitte le groupe
- Je reviens tout seul
- J'ai besoin de temps pour me calmer et comment .....

**Ce que j'aime/Mes centres d'intérêt / Mes talents (activités, aliments à favoriser...) ?**

.....

.....

.....

**Ce que je n'aime pas (activités, aliments déconseillés...) ? J'ai des phobies ?**

.....

.....

.....

**Comment me rassurer dans un moment de tristesse ? J'ai un objet que je préfère (doudou...) ? :**

.....

.....

.....

**J'ai des sautes d'humeurs ou des troubles du comportement ?  OUI  NON**

Si oui, qu'est ce qui peut déclencher les crises et comment m'aider les calmer ? J'ai besoin de temps de repos ? de calme ? A quel moment ?

.....

.....

.....

.....

**ACTIVITÉS**

**Puis-je participer à toutes les activités proposées durant le séjour choisi :  OUI  NON**

**Si non, lesquelles :**

.....

.....

.....

- J'aime la baignade :  OUI  NON
- J'y suis autorisé(e) :  OUI  NON
- Je sais nager :  OUI  NON  Avec brassard
- J'ai peur de l'eau :  OUI  NON

## SOMMEIL

### PRÉCISIONS ÉVENTUELLES

- Je me couche tôt (après le dîner) .....
- J'ai des difficultés à s'endormir .....
- J'ai un rituel d'endormissement .....
- Je me lève la nuit .....
- Je fais la sieste .....

### Mes repères, rituels et transitions :

.....

.....

.....

.....

## MON AUTONOMIE

		OUI	NON	Avec aide
<b>ORIENTATION</b>				
1	A la notion du temps, connaît les moments de la journée			
2	Se repère dans l'espace (en ville, dans la nature, etc...)			
3	A conscience du danger (ne se met pas en danger sans s'en rendre compte)			
<b>MOBILITÉ</b>				
1	Est autonome pour se lever			
2	Est autonome pour se coucher			
3	Est autonome pour s'asseoir			
<b>HABILLAGE/DÉSHABILLAGE</b>				
1	Haut du corps			
2	Bas du corps			
3	Laçage, boutonnage, fermeture à glissière			
4	Chaussettes, chaussures			
5	Choix et préparation des vêtements			
6	Tenue des vêtements (change, lavage)			
<b>ALIMENTATION</b>				
1	Sait se servir dans un plat			
2	Utilise les couverts pour porter les aliments à la bouche			
3	Sait couper avec un couteau			
4	Est autonome pour ouvrir un yaourt, peler un fruit, ôter les arêtes du poisson			

