

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

Partie réservée à la DASCO

DOSSIER N°

CENTRE N°

PÉRIODE N°

**Veuillez 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  Autre

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

### **Représentant légal de l'enfant**

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

### **Autre représentant légal**

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

### **Médecin référent**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

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

Téléphone : ..... 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
<b>Coquille</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Attelles</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Corset</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Lunettes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Appareil(s) auditif(s)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Appareil dentaire</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Chaussure(s) orthopédique(s)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Autre :</b> ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Si oui, conseils d'utilisation : .....  
.....  
.....  
.....

**TRAITEMENTS / SOINS MEDICAUX**

**L'enfant a-t-il :**

- Un traitement médical (l'ordonnance sera à fournir le jour du départ avec les médicaments couvrant la durée du séjour)
- Besoin de soins infirmiers (merci de transmettre l'ordonnance avec le livret d'accueil afin de pouvoir organiser, en amont du séjour, la mise en place des soins)
- Un régime alimentaire particulier : .....

## **MES DÉPLACEMENTS**

- Je me déplace 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 (préciser les moments de la journée : .....)
- J'aime me déplacer au sol
- Je peux sortir seul(e) de mon fauteuil
- J'ai besoin d'être soutenu(e) physiquement
- J'ai besoin d'être porté(e)

### **Méthode de manipulation recommandée :**

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

## **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)       LSF (langue des signes)
- Tablette       Braille
- Cahier-écriture       Autres moyens : .....
- Tableau de communication      .....

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

## **PRÉCISIONS ÉVENTUELLES**

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

## MA PERSONNALITÉ – MON COMPORTEMENT

### **Mes relations avec les autres :**

### **PRÉCISIONS ÉVENTUELLES**

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 :**

### **PRÉCISIONS ÉVENTUELLES**

Je comprends et accepte le « non » .....  
 Je pleure parfois .....  
 Je fais des crises (hurlement, mutisme, violence, ...).....  
 J'ai besoin de temps pour me calmer .....  
 J'ai besoin de m'isoler du groupe .....  
 J'ai tendance à fuguer .....

**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 à 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 : .....  
.....  
.....  
.....

**Concernant l'eau et la baignade :**

J'aime la baignade :       OUI       NON

J'y suis autorisé(e) :       OUI       NON

Je sais nager :       OUI       NON

J'ai peur de l'eau :       OUI       NON       Avec brassard

**Précisions relatives au rapport à l'eau et la baignade :**

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

**Mes préférences / Mon comportement lors 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...) :** .....

## **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 :**

**L'AUTONOMIE DE L'ENFANT**

		OUI	NON	Avec aide
<b>ORIENTATION</b>				
<b>1</b>	À la notion du temps, connaît les moments de la journée			
<b>2</b>	Se repère dans l'espace (en ville, dans la nature, etc...)			
<b>3</b>	A conscience du danger (ne se met pas en danger sans s'en rendre compte)			
<b>MOBILITÉ</b>				
<b>1</b>	Est autonome pour se lever			
<b>2</b>	Est autonome pour se coucher			
<b>3</b>	Est autonome pour s'asseoir			
<b>HABILLAGE/DÉSHABILLAGE</b>				
<b>1</b>	Haut du corps			
<b>2</b>	Bas du corps			
<b>3</b>	Laçage, boutonnage, fermeture à glissière			
<b>4</b>	Chaussettes, chaussures			
<b>5</b>	Choix et préparation des vêtements			
<b>6</b>	Tenue des vêtements (change, lavage)			
<b>ALIMENTATION</b>				
<b>1</b>	Sait se servir dans un plat			
<b>2</b>	Utilise les couverts pour porter les aliments à la bouche			
<b>3</b>	Sait couper avec un couteau			
<b>4</b>	Est autonome pour ouvrir un yaourt, peler un fruit, ôter les arêtes du poisson			
<b>5</b>	Boit au verre et le tient			
<b>EFFETS PERSONNELS</b>				
<b>1</b>	Gère ses effets personnels (vêtements, trousse de toilette, jeux...)			
<b>2</b>	Gère son argent de poche			
<b>HYGIENE</b>				
<b>1</b>	Est autonome pour faire sa toilette			
<b>2</b>	Est autonome pour aller aux toilettes			
<b>3</b>	Est propre le jour			
<b>4</b>	Est propre la nuit			

## **PRÉCISIONS ÉVENTUELLES**

Porte-t-il des **protections urinaires le jour** :  OUI, gère seul(e)  OUI, avec rappel  NON

Porte-t-il des **protections urinaires la nuit** :  OUI, gère seul(e)  OUI, avec rappel  NON

Doit-il être **réveillé la nuit** pour aller aux toilettes :  OUI  NON

Si c'est une fille, est-elle réglée ?  OUI  NON

Si oui, est-elle autonome ?  OUI  NON

#### **AUTRES INFORMATIONS IMPORTANTES À CONNAÎTRE**

**Quelles informations supplémentaires souhaitez-vous communiquer concernant votre enfant ?**

- J'ai pris connaissance du livret d'accueil et je déclare que les besoins particuliers de mon enfant ne nécessitent pas d'y figurer. Par conséquent, aucun aménagement spécifique ne pourra être prévu en amont pour tenir compte de ces besoins.

**Date :** .....

#### **Signature du ou des responsables légaux**

