

Annexe

**Pour les personnes en situation de handicap
Pour les personnes en situation de problème comportemental**

Pourriez-vous expliquer brièvement en quoi consiste le handicap de votre enfant ?

.....

.....

.....

.....

.....

Que souhaitez-vous nous transmettre à propos de votre enfant qu'il est important que nous sachions ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Doit-on être vigilant par rapport à certaines choses ?

.....

.....

.....

Au niveau de la motricité

Peut-il se déplacer	seul ?	OUI — NON
	avec une tribune ou un déambulateur ?	OUI — NON
	en prenant des points d'appui ?	OUI — NON
	en voiturette ?	OUI — NON

A-t-il des troubles de l'équilibre (chutes fréquentes), des difficultés à se déplacer ? OUI — NON

Quelle durée ou quelle distance peut-il parcourir lors d'une promenade ? Durée : Distance :

A-t-il tendance à fuguer OUI — NON ; faut-il le tenir par la main en promenade ? OUI — NON

.....

Y a-t-il des choses particulières auxquelles porter attention ?

.....

.....

Au niveau de la communication

A-t-il des difficultés d'expression ? OUI — NON

Comment se fait-il comprendre : des phrases, des gestes, des pictogrammes, les yeux, des signes de tête, des rires, des vocalises ?

.....

.....

Utilisez-vous un code particulier ? OUI — NON

Si oui, décrire :

.....

.....

A-t-il des difficultés de compréhension ?	OUI — NON
Exprime-t-il ses envies, ses émotions facilement ?	OUI — NON
Sait-il lire, écrire ?	OUI — NON

Au niveau de l'alimentation

Mange-t-il seul ? OUI — NON
Faut-il couper la nourriture, la mixer ? OUI — NON
Comment boit-il ? (Entourez ce qui convient) : tout seul- accompagné - au verre - à la paille - avec un gobelet adapté

Quels sont ses plats préférés ?

Y a-t-il des aliments qu'il ne supporte pas ?

Y a-t-il des risques de fausse déglutition ? Faut-il épaissir les liquides ?

Au niveau de ses goûts, de ses préférences

Quels sont les jeux, les activités qu'il aime ?

Quels sont les jeux, les activités qu'il n'aime pas ?

Quelles sont les choses qu'il réussit bien, qu'il apprécie ?

Au niveau de l'hygiène et de la toilette

Sait-il aller seul aux toilettes ? OUI — NON
Souffre-t-il d'énurésie (pipi au lit) ? OUI — NON
Doit-il disposer de toilettes adaptées ? OUI — NON
Porte-t-il des langes la nuit/le jour ? OUI — NON
Sait-il se laver seul ? OUI — NON

Au niveau de l'habillement

Sait-il s'habiller tout seul ? OUI — NON
Sait-il choisir des vêtements adaptés aux conditions climatiques ? OUI — NON
Sait-il reconnaître ses vêtements ? OUI — NON

Au niveau du sommeil

Risque-t-il de tomber du lit ? OUI — NON
A-t-il besoin d'aide pour sortir du lit ? OUI — NON
Peut-il dormir sous tente ? OUI — NON
A-t-il besoin de dormir dans une tente spéciale ? OUI — NON
Sait-il utiliser un sac de couchage ? OUI — NON
A-t-il besoin d'une source de lumière pour dormir ? OUI — NON
Est-il somnambule ? OUI — NON
De combien d'heures de sommeil a-t-il besoin ?

Au niveau du comportement

Sait-il respecter des consignes ? OUI — NON
Lorsqu'il est en groupe, il faut faire attention à :

A-t-il des comportements qui peuvent être difficiles à supporter pour son entourage ? OUI — NON
Si oui, lesquels :

Dans cette situation, il est préférable de :

Est-ce qu'il a des frayeurs, des peurs dans un certain contexte ? OUI — NON
Si oui, lesquels :

.....
Qu'est-ce qui le calme, l'apaise ?
.....
.....

A-t-il des rituels ? OUI – NON
Si oui, lesquels :
.....
.....

Présente-t-il des difficultés pour maintenir son attention pendant une activité ? OUI - NON
Combien de temps en moyenne peut-il maintenir son attention ?

Au niveau médical

Doit-il prendre des médicaments ?	OUI – NON
Doit-on porter une attention particulière à un aspect spécifique ?	OUI – NON
Reçoit-il des soins particuliers par des infirmiers ?	OUI – NON
Est-il sensible au chaud et au froid ?	OUI – NON