



# NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT : .....

Renseignements complémentaires **STRICTEMENT** à usage de l'Ufcv

## ◆ PROPRETÉ - HYGIÈNE - TOILETTE

	Seul	Avec une aide ponctuelle	Ne le fait pas seul
• fait sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• s'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• change ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• se chausse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• se rase, s'épile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• va au WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• a peur de la douche	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
• est énurétique le jour	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
• est énurétique la nuit	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
• est encoprétique le jour	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
• est encoprétique la nuit	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
• porte des protections	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

## ◆ REPAS-ALIMENTATION

	Seul	Avec une aide ponctuelle	Ne le fait pas seul
• mange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• boit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• particularité(s) alimentaire(s)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
• Si oui la (les) quelle(s) : régime, aliments mixés, semi mixés ... ? (joindre ordonnance et protocole)	.....		
• utilisation de gélifiant pour les boissons	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
• autres remarques sur son alimentation, sa façon de manger	.....		

## ◆ NUIT - SOMMEIL - LEVER - COUCHER

• heure habituelle du coucher : \_\_\_\_ H \_\_\_\_

• a peur de l'obscurité	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• a des difficultés pour s'endormir	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• a des angoisses nocturnes, des insomnies	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• se lève la nuit	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• a un lever difficile	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• heure habituelle du lever : ____ H ____		
• fait la sieste	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Que préconisez-vous ? .....

## ◆ SANTÉ

• non voyant	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
• mal voyant	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
• porte des lunettes	Non <input type="checkbox"/>	tout le temps <input type="checkbox"/>	parfois <input type="checkbox"/>
• porte des lentilles	Non <input type="checkbox"/>	tout le temps <input type="checkbox"/>	parfois <input type="checkbox"/>
<small>(fournir l'ordonnance pour les lunettes et lentilles)</small>			
• sourd	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
• mal entendant	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
• porte une prothèse auditive	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
• porte une prothèse dentaire amovible	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
• autres (chaussures orthopédiques, corset, semelles ...)			
.....			
• a-t-il un traitement médical (Cf. fiche médicale) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
• prend son traitement	seul <input type="checkbox"/>	avec aide <input type="checkbox"/>	à donner <input type="checkbox"/>
• <b>épilepsie</b> stabilisée <input type="checkbox"/> occasionnelle <input type="checkbox"/> fréquente <input type="checkbox"/>			Non <input type="checkbox"/>
• <b>malgré l'épilepsie, la baignade est-elle autorisée ?</b>	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
• poids : .....	taille : .....		
• fume habituellement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	• quantité quotidienne : .....
• tendance à l'alcoolisme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
• utilise des produits illicites	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

## ◆ PUBERTÉ

Pour les jeunes filles

• la personne est réglée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• utilise un moyen contraceptif	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Lequel ? .....		
• utilise des serviettes périodiques	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• utilise des tampons	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## ◆ DIVERS

• l'enfant a des frères et sœurs	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• l'enfant vit des situations d'intégration dans l'année (école, centre de loisirs ...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## ◆ COMMUNICATION

• téléphone	seul <input type="checkbox"/>	avec aide <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• écrit	seul <input type="checkbox"/>	avec aide <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• lit	seul <input type="checkbox"/>	avec aide <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• mode de communication par langage	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
• mode de communication par gestes	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
• mode de communication par cris	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
• autres : .....			

## ◆ ARGENT PERSONNEL

• gère son argent	Seul <input type="checkbox"/>	avec aide <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• sait faire un achat simple	Seul <input type="checkbox"/>	avec aide <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• habituellement reçoit son argent personnel	chaque jour <input type="checkbox"/>	chaque semaine <input type="checkbox"/>	une fois par mois <input type="checkbox"/>

## ◆ SORTIES

• peut sortir seul (sans animateur)	Oui <input type="checkbox"/>	après préparation <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• sort en petit groupe (sans animateur)	Oui <input type="checkbox"/>	après préparation <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• sait demander son chemin	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
• lit l'heure	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
• est capable de rentrer à une heure fixe	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
• a besoin de temps pour s'adapter	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
• se repère dans de nouveaux lieux	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>

## ◆ MOTRICITÉ / DÉPLACEMENT

• monte un escalier seul	Oui <input type="checkbox"/>	avec aide <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• se déplace en fauteuil roulant	tout le temps <input type="checkbox"/>	en sortie <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• emporte son fauteuil	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
• un véhicule adapté est nécessaire	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
• utilise une canne, un déambulateur ...	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
• peut marcher	- de 30 mn <input type="checkbox"/>	- d'1 heure <input type="checkbox"/>	+ d'1 heure <input type="checkbox"/>
• malade en transport	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>

### Remarques complémentaires quant aux déplacements :

.....

## ◆ ACTIVITÉS - LOISIRS

• choisit une activité parmi plusieurs	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• nage	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• pratique régulièrement une activité	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
si oui, laquelle ? .....		
• est fatigable	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• peut soutenir son attention de façon prolongée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Autres centres d'intérêt (culturel, intellectuel, artistique, sportif, ludique) : .....

## ◆ RELATIONS

• des difficultés relationnelles peuvent se manifester	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• comment (blocage, insultes, violence ...) ?		
.....		
• avec qui ? (les encadrants, les vacanciers, les personnes extérieures au séjour ...)		
.....		

## ◆ COMPORTEMENT

• a un objet fétiche	Oui <input type="checkbox"/>	lequel : .....	Non <input type="checkbox"/>
• a des rituels	Oui <input type="checkbox"/>	lesquels : .....	Non <input type="checkbox"/>
• a tendance à fuguer	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
• a tendance à errer	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
• la personne est sujette :			
- aux délires	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
- aux hallucinations	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
- à la phobie (eau, chien, feu, foule ...)	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
Lesquelles ? .....			
• peut se mettre en danger	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
Comment ? .....			
• n'a pas conscience du danger	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>

Si vous jugez utile de nous communiquer d'autres renseignements plus précis quant au comportement de l'enfant et à ses habitudes de vie, merci de nous transmettre un rapport de comportement ou tout autre document nécessaire par courrier, fax ou mail.

.....

### NOM ET QUALITÉ DE LA PERSONNE AYANT REMPLI CETTE FICHE :

.....