



Rapport de Comportement Vacances d'enfants porteurs d'un handicap mental

(À faire remplir par l'établissement d'accueil de préférence)

SÉJOUR CHOISI

Intitulé :
Du au

PARTICIPANT

Nom :
Prénom :

IDENTITE DE LA PERSONNE AYANT REMPLI CETTE FICHE

Nom :
Prénom :
Fonction :

ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL

Nom :
Adresse :
Tél. :

DIFFICULTES DANS LA VIE QUOTIDIENNE :

(Par rapport au rythme de vie, à l'alimentation, à la toilette) :

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

Comment gérer les difficultés à partir de votre expérience ?

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

COMPORTEMENT HABITUEL

(Entre autres avec les autres enfants, les adultes, les déplacements, les loisirs) :

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

Comment gérer les difficultés à partir de votre expérience ?

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

LES TROUBLES DU COMPORTEMENT *

(Lesquels ? A quelles occasions ?) :

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

Quelles attitudes peut-on avoir pour lui permettre de bien vivre ce séjour collectif ?

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

* CES RENSEIGNEMENTS PERMETTANT D'OPTIMISER LA PRÉPARATION ET L'ACCUEIL DES ENFANTS HANDICAPÉS PAR L'ÉQUIPE D'ANIMATION DU SÉJOUR, NOUS VOUS REMERCIONS DE BIEN VOULOIR REMPLIR CETTE RUBRIQUE AVEC PRÉCISION ET RÉALISME.