



Centre Ressources  
Enfance-Jeunesse & Handicap  
porté par la



# Protocole d'Accueil Personnalisé

Ce formulaire permettra au responsable d'accompagner au mieux l'équipe accueillante. Il sera utilisé afin de mettre en place les adaptations nécessaires au bon accueil de votre enfant au sein du lieu d'accueil.

En cochant cette case, vous autorisez le responsable à communiquer les informations à l'équipe encadrante.

## Concerne l'enfant

Prénom

Nom

Date de naissance

PHOTO DE L'ENFANT

## INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT

### Son/sa représentant·e légal·e

Père

Mère

Autre :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Tel. Parent 1 :

Tel. Parent 2 :

Mail de contact :

Nature du handicap :

### Milieu ordinaire

Établissement fréquenté :

Classe :

AESH :      oui              individuel·le

Nbr d'heures :

non

Périscolaire :      oui

non

Observations :

### Milieu spécialisé

Établissement spécialisé

Réfèrent:

Contact:

Observations :

### Suivi thérapeutique

SESSAD

Hopital de jour

Contact:

### Aide liées au handicap

AEEH

Complément :

PCH

N° dossier MDPH :

**PROFESSIONNELS DU MÉDICO-SOCIAL POUVANT ÊTRE MIS EN RELATION AVEC L'ÉQUIPE D'ANIMATION :**

|                             | <b>Nom</b> | <b>Mail</b> | <b>Téléphone</b> |
|-----------------------------|------------|-------------|------------------|
| <b>éducateur spécialisé</b> |            |             |                  |
| <b>orthophoniste</b>        |            |             |                  |
| <b>psychologue</b>          |            |             |                  |
| <b>psychomotricien</b>      |            |             |                  |
| <b>Autre :</b>              |            |             |                  |
|                             |            |             |                  |
|                             |            |             |                  |
|                             |            |             |                  |
|                             |            |             |                  |



Centre Ressources  
Enfance-Jeunesse & Handicap

porté par la



## Protocole d'Accueil Personnalisé

### QUEL PROJET POUR L'ENFANT

#### Durée de l'accueil :

journée

demi-journée

autre :

#### Type d'accueil et fréquence:

##### Périscolaire midi

semaine  
entière

lundi

mardi

mercredi

jeudi

vendredi

##### Périscolaire soir

semaine  
entière

lundi

mardi

mercredi

jeudi

vendredi

##### Accueil de Loisirs - mercredi

journée

repas

matin

après-midi

##### Accueil de Loisirs - mercredi

lundi :

journée

repas

matin

après-midi

#### Observations :

#### Attentes de l'enfant :

#### Attentes des parents :

## MIEUX CONNAITRE L'ENFANT

### Ses centres d'intérêt

#### En général:

ce qu'il/elle aime faire :

ce qu'il/elle n'aime pas faire :

#### En particulier :

Oui

Non

Compensation / Précision

Aime-t-il/elle le coloriage ?

Aime-t-il/elle le bricolage ?

Aime-t-il/elle les activités manuelles ?

Aime-t-il/elle les jeux extérieurs ?

Aime-t-il/elle les jeux de balles ?

Aime-t-il/elle les jeux collectifs ?

Autres ?

Observations / Besoins identifiés:

### Vie collective

#### Socialisation:

Oui

Non

Compensation / Précision

Va-t-il/elle facilement vers les autres enfants ?

Entre-t-il/elle facilement en communication avec les autres enfants ?



porté par la



## Protocole d'Accueil Personnalisé

|  | Oui | Non | Compensation / Précision |
|--|-----|-----|--------------------------|
| Partage-t-il/elle facilement ?                                 |     |     |                          |
| Aide-t-il/elle les autres ?                                    |     |     |                          |
| Va-t-il/elle facilement vers les adultes ?                     |     |     |                          |
| Entre-t-il/elle facilement en communication avec les adultes ? |     |     |                          |
| S'isole-t-il/elle du groupe ?                                  |     |     |                          |
| <u>Observations :</u>  |     |     |                          |

### Vie quotidienne

#### Habillage/déshabillage

|   | Oui | Non | Compensation / Précision |
|---|-----|-----|--------------------------|
| Votre enfant s'habille-t-il/elle seul ? |     |     |                          |
| Sait-il/elle faire ses lacets ?         |     |     |                          |
| Sait-il/elle boutonner ?                |     |     |                          |
| Reconnait-il/elle ses vêtements ?       |     |     |                          |
| <u>Observations :</u>                   |     |     |                          |

#### Repas

|                                     | Oui | Non | Compensation / Précision |
|-------------------------------------|-----|-----|--------------------------|
| Prend-il/elle du plaisir à manger ? |     |     |                          |
| Exprime-t-il/elle ses choix ?       |     |     |                          |
| Mange-t-il/elle seul ?              |     |     |                          |
| Boit-il/elle seul ?                 |     |     |                          |
| Sait-il/elle gérer les quantités ?  |     |     |                          |



porté par la



## Protocole d'Accueil Personnalisé

|                                     | Oui | Non | Compensation / Précision |
|-------------------------------------|-----|-----|--------------------------|
| Sait-il/elle tenir une fourchette ? |     |     |                          |

Sait-il/elle tenir un couteau ?

Observations :

### Propreté / Hygiène

|                            | Oui | Non | Compensation / Précision |
|----------------------------|-----|-----|--------------------------|
| Se mouche-t-il/elle seul ? |     |     |                          |

Se mouche-t-il/elle seul ?

Se lave-t-il/elle les mains seul ?

Va-t-il/elle aux toilettes seul ?

Sait-il/elle exprimer le besoin d'y aller ?

Sait-il/elle s'essuyer seul ?

Observations :

### Santé

|                                       | Oui | Non | Compensation / Précision |
|---------------------------------------|-----|-----|--------------------------|
| Prend-il/elle un traitement médical ? |     |     |                          |

Prend-il/elle un traitement médical ?

Il y'a-t-il un PAI à mettre en place ?

Observations :

## Déplacement / Motricité

|  | Oui | Non | Compensation / Précision |
|--|-----|-----|--------------------------|
| Votre enfant marche-t-il/elle correctement ? |     |     |                          |
| Se fatigue-t-il/elle vite en mouvement ?     |     |     |                          |
| Peut-il/elle se tenir debout ?               |     |     |                          |
| Peut-il/elle s'asseoir ?                     |     |     |                          |



porté par la



## Protocole d'Accueil Personnalisé

|  | Oui | Non | Parfois | Compensation / Précision |              |
|--|-----|-----|---------|--------------------------|--------------|
| Se déplace-t-il/elle en fauteuil roulant ? |     |     |         | Manuel ?                 | électrique ? |
| Utilise-t-il/elle un déambulateur ?        |     |     |         |                          |              |
| Utilise-t-il/elle des béquilles ?          |     |     |         |                          |              |
| Monte-t-il/elle les escaliers ?            |     |     |         |                          |              |
| <u>Observations :</u>                      |     |     |         |                          |              |

### Se Repérer / S'orienter

|   | Oui | Non | Compensation / Précision |
|---|-----|-----|--------------------------|
| Votre enfant se repère-t-il/elle dans l'espace ?          |     |     |                          |
| Se repère-t-il/elle dans le temps ?                       |     |     |                          |
| A-t-il/elle besoin d'un temps de découverte de l'espace ? |     |     |                          |
| A-t-il/elle besoin d'un « timer » ?                       |     |     |                          |
| A-t-il/elle besoin d'un emploi du temps séquencé ?        |     |     |                          |
| Quelles compensations misent en place ?                   |     |     |                          |
| <u>Observations :</u>                                     |     |     |                          |

### Communication

|  | Oui | Non | Compensation / Précision |
|--|-----|-----|--------------------------|
| Votre enfant communique-t-il/elle par le langage ? |     |     |                          |
| Votre enfant communique-t-il/elle par l'écrit ?    |     |     |                          |
| Utilise-t-il/elle des pictogrammes ?               |     |     |                          |
| Utilise-t-il/elle la langue des signes ?           |     |     |                          |
| Utilise-t-il/elle un outil pour communiquer ?      |     |     |                          |
| A-t-il/elle une déficience auditive ?              |     |     |                          |



Centre Ressources  
Enfance-Jeunesse & Handicap

porté par la



## Protocole d'Accueil Personnalisé

Oui      Non      Compensation / Précision

A-t-il/elle une déficience visuelle ?

Comprend-il/elle les consignes de sécurité ?

Comprend-il/elle les consignes d'un jeu ?

Observations :

### Comportement

Oui      Non      Précision

Votre enfant est-il/elle de nature plutôt calme ?

Votre enfant est-il/elle de nature plutôt agité ?

Est-il/elle patient ?

A-t-il/elle tendance à s'échapper ?

A-t-il/elle tendance à se cacher ?

A-t-il/elle des phobies/peurs ?

A-t-il/elle besoin d'un objet rassurant ?

A-t-il/elle besoin d'espace « cocon » ?

Se fatigue-t-il/elle vite ?

Existe-t-il des situations anxiogènes pour lui/elle ?

quels types de situations ?

Comment prévenir leur arrivée ?

Comment revenir au calme (parole, gestes, ...) ?

Existe-t-il des situations apaisantes pour lui/elle ?

quels types de situations ?



Centre Ressources  
Enfance-Jeunesse & Handicap

porté par la



## Protocole d'Accueil Personnalisé

### POUR FINIR

Notez ici tout ce qu'il vous semble important que nous aurions oublié dans le formulaire :

Concernant votre enfant

Merci de lister le matériel que vous pouvez fournir pour faciliter l'accueil (poussette, fauteuil roulant, ...)

**MERCI D'AVOIR PRIS LE TEMPS DE REMPLIR CE FORMULAIRE,  
VOUS POUVEZ LE RETOURNER PAR MAIL AU CREJH**

Pour vos différentes démarches, le CREJH est à votre disposition, n'hésitez pas à faire appel à nous.

Centre Ressources Enfance-Jeunesse & Handicap  
Immeuble Kepler,  
120 rue Tobias Stimmer  
67400 ILLKIRCH-GRAFFENSTADEN



07 71 22 87 70



loisirs.handicap@jpa67.fr



[www.jpa67.fr/crejh/](http://www.jpa67.fr/crejh/)