

## Recueil d'informations

à remplir par le CREJH

### Action inclusion

Accompagnement ALSH  
Accompagnement Péricolaire

### Action répit

La PARENThèse  
Weekend Répit  
Vacances «en famille»

Ce formulaire permettra au CREJH 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 CREJH à communiquer les informations à l'équipe encadrante.

## Concerne l'enfant

Prénom

Nom

Date de naissance

PHOTO DE L'ENFANT  
(facultatif)

## INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT

### Son/sa représentant·e légal·e

Père

Mère

Autre :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Tel. Père :

Tel. Mère :

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

Référent:

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 :**

	Nom	Mail	Téléphone
éducateur spécialisé			
orthophoniste			
psychologue			
psychomotricien			
Autre :			



Centre Ressources  
Enfance-Jeunesse & Handicap

porté par la



## Recueil d'informations

### 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 - vacances

lundi :

journée

repas

matin

après-midi

mardi :

journée

repas

matin

après-midi

mercredi :

journée

repas

matin

après-midi

jeudi :

journée

repas

matin

après-midi

vendredi :

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 ?

	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

<u>Habillage/déshabillage</u>			
	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>			
<u>Repas</u>			
	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 ?			

## Recueil d'informations

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 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 ?

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 ?

## Recueil d'informations

	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 ?			

	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



## Recueil d'informations

### POUR FINIR

Notez ici tout ce qu'il vous semble important que nous aurions oublié dans le formulaire, Concernant votre enfant, le matériel que vous pouvez fournir pour faciliter l'accueil (poussette, fauteuil roulant, ...)

Je soussigné·e responsable de l'enfant :

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Ces autorisations prennent effet à la date de la signature.

À le

Signature du responsable :

**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.

Jeunesse au Plein Air du Bas-Rhin  
CREJH  
Immeuble Kepler,  
120 rue Tobias Stimmer  
67400 ILLKIRCH-GRAFFENSTADEN



07 71 22 87 70



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



[loisirs.handicap@jpa67.fr](mailto:loisirs.handicap@jpa67.fr)