



Parents, vous recherchez un lieu d'accueil ou de loisirs pour votre enfant ou vous rencontrez des difficultés dans une structure d'accueil. Vous sollicitez l'accompagnement du Pôle Ressources dans vos démarches. Ce dossier vient recueillir votre demande.

Moi, _____, représentant légal de mon enfant _____, autorise le dispositif Pôle Ressources Accueil Inclusif 12 à communiquer l'intégralité de ce document à l'assistante maternelle, la structure petite enfance ou jeunesse qui accueillera mon enfant.

Enfant	Famille															
Nom et prénom: <input type="text"/> Date de naissance : <input type="text"/> Scolarisé.e: Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> École : <input type="text"/> Nb d'heures par semaine : <input type="text"/> AESH : Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Besoins particuliers (handicap, maladie, difficultés) : <input type="text"/> nécessitant un PAI : Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> si oui, précisez: <input type="text"/> Suivi spécialisé (camsp, cmpp, ime, libéral...) : <input type="text"/> Notification MDPH : Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> En cours <input type="radio"/> Bénéficiaire de l'AEEH : Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> En cours <input type="radio"/> Dernière expérience en accueil collectif ou dernier mode de garde : Nom de la structure: <input type="text"/> Période d'accueil: <input type="text"/>	Parent / Représentant légal (1) Nom et prénom: <input type="text"/> Adresse : <input type="text"/> Email : <input type="text"/> Téléphone : <input type="text"/> Parent / Représentant légal (2) Nom et prénom: <input type="text"/> Adresse : <input type="text"/> Email : <input type="text"/> Téléphone : <input type="text"/> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Fratrie (1)</th> <th>Fratrie (2)</th> <th>Fratrie (3)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Prénom: <input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Age : <input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Accueilli.e dans la même structure (cochez si oui):</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Fratrie (1)	Fratrie (2)	Fratrie (3)	Prénom: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Age : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Accueilli.e dans la même structure (cochez si oui):			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fratrie (1)	Fratrie (2)	Fratrie (3)														
Prénom: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>														
Age : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>														
Accueilli.e dans la même structure (cochez si oui):																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

Attentes et besoins

1- Vous recherchez un mode d'accueil (votre souhait):

Péri-scolaire ☐ *préciser si cantine ou garderie*
 Assistante maternelle ☐ Crèche ☐ Centre de loisirs ☐ Accueil de jeunes ☐

Période d'accueil souhaité : **Lundi** **Mardi** **Mercredi** **Jeudi** **Vendredi** **Samedi**

matin :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
repas :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
après-midi :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vacances: ☐ **Oui** ☐ **Non** ☐ **Ne sais pas**

Rythme d'accueil souhaité : ☐ Occasionnel ☐ Régulier ☐ Journée complète ☐ 1/2 journée

2- Votre enfant est déjà accueilli et vous souhaitez être accompagné(e):

Nom de la structure:

Besoins/ attentes:



Ce document nous permettra de mieux connaître votre enfant à travers sa personnalité, ses habitudes de vie et ses besoins particuliers. Il sera un support pour les personnes en charge de l'accompagnement de votre enfant. Avec votre accord, il pourra être complété par les professionnels ressources gravitant autour de votre enfant (médecin, psychomotricien, éducateur, orthophoniste...)

Personnalité

Mise à jour le:

Je m'appelle :

J'ai:

ans

Je me présente



Ce que j'ai envie de dire sur moi

Photo

J'aime



Ce que j'aime faire, mes jeux, mes passions ou sources de plaisir mes habitudes

Je n'aime pas



Ce qui me déplaît ou est difficile pour moi

Mon profil sensoriel



Je suis attiré par ce qui est :

visuel ☐ sonore ☐ tactile ☐

en mouvement ☐ autre ☐

Précisions :

Je suis sensible à certains types de :

lumières ☐ sons ☐ textures ☐

touchers ☐ autre ☐

Précisions :

Mes émotions



Comment j'exprime mes émotions ? Qu'est ce qui les provoque ? Comment m'aider à les gérer ?

Quand je suis heureux :

Quand je suis triste:

Quand je suis en colère:

Quand j'ai peur:

Autour du repas



Ce que je sais faire seul

me servir ☐ manger ☐
 gérer les quantités ☐ boire ☐
 patienter ☐
 Commentaire:

Comment m'aider ? J'ai besoin de:

Régime alimentaire : **Oui** ☐ **Non** ☐

Au quotidien



Ce que je sais faire seul

m'habiller ☐ gérer mes affaires ☐
 mettre mes chaussures ☐
 m'occuper ☐ m'orienter ☐
 Commentaire:

Comment m'aider ? J'ai besoin de:

Activités



manuelles

découper ☐ colorier ☐ empiler ☐
 dessiner ☐ peindre ☐
 Autre

sportives

être coordonné ☐ tenir en équilibre ☐
 courir ☐ respecter des règles ☐
 attendre mon tour ☐ Autre

Comment m'aider ? J'ai besoin de :

Toilettes Hygiène



Ce que je sais faire seul

aller aux toilettes ☐
 me laver les mains ☐
 Commentaire:

Comment m'aider ? J'ai besoin de :

Dormir Me reposer



Ce que je sais faire

je suis fatigable ☐
 je fais la sieste ☐
 je respecte un temps calme ☐
 Commentaire:

Comment m'aider ? J'ai besoin de :

M'exprimer Echanger



Comment je communique ?

Ma relation aux autres:

Comment m'aider ? J'ai besoin de :

Ma santé



Ma santé nécessite la mise en place d'un PAI: ☐ Oui ☐ Non

Je prend un traitement : ☐ Oui ☐ Non

Autre ou commentaire:

Professionnel ressource (*médecin, spécialiste*) :

Point de vigilance



J'ai conscience du danger: ☐ Oui ☐ Non

Autre ou commentaire:

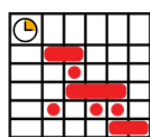
Comment m'aider ? J'ai besoin de:

Les petits trucs



Les petites choses importantes pour moi que je veux ajouter:

Mon emploi du temps



Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

Des questions ou des informations supplémentaires ?

Les informations recueillies font l'objet d'une saisie informatique destinée au traitement de votre demande par le Pôle Ressources Accueil Inclusif 12. Ces renseignements sont indispensables au traitement de votre demande. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'interrogation et d'opposition, pour des motifs légitimes, aux informations qui vous concernent. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant au responsable du Pôle Ressources Accueil Inclusif 12.