



FICHE « PASSEZ LE RELAIS »

Renseignements complémentaires à la fiche sanitaire de liaison

A remplir par les responsables légaux de l'enfant, avec l'aide du directeur(rice) de l'ACM

Attention : Cette fiche peut contenir également un certificat médical précisant toute réserve, inaptitude ou contre-indication.

L'enfant :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe :

Parents ou responsables légaux :

Père : Mère :

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Adresse : Adresse :

Tél (domicile) : Tél (domicile) :

Tél (travail) : Tél (travail) :

Tél (portable) : Tél (portable) :

Médecin traitant de l'enfant :

Nom :

Adresse du cabinet :

Tél :

Etablissement de scolarisation :

Nom :

Adresse :

Nom de l'enseignant de l'enfant tel :

mail

Intervenants extérieurs (Institut médico-éducatif, éducateur, psychologue...) :

Qualité : Tel :

Adresse :

Nom :

Qualité : Tel :

Adresse :

Nom :

FICHE « PASSEZ LE RELAIS »

A : fait seul, totalement habituellement et correctement

B : fait partiellement ou non habituellement ou non correctement

C : ne fait pas

AUTONOMIE ET COMPORTEMENTS DE L'ENFANT

		Degré d'autonomie	Aide à apporter si nécessaire en fonction de l'âge
1	ORIENTATION - Repère dans le temps les moments de la journée -		
	Repere les lieux et l'espace		
	A conscience du danger		
2	TOILETTE HYGIENE CORPORELLE		
	Toilette mains et visages		
3	HABILLAGE/DESHABILLAGE		
	Du haut		
	Du bas		
	Fait des lacets		
	Boutonner		
	Fermeture éclair		
	Chaussettes		
	Chaussures		
	Troubles liés aux tissus/ matières des vêtements		
4	ALIMENTATION		
	Se servir		
	Mange avec une fourchette		
	Mange avec une cuillère		
	Mange seul		
	Coupe avec un couteau		
	Retire les arêtes		
	Ouvre un yaourt		
	Pèle un fruit		
	Tient un verre et boit		
	Troubles du comportement alimentaire	OUI	NON
	Mange mixé	OUI	NON
	Mange en morceaux	OUI	NON
5	PROPRETE		
	Enurésie diurne	OUI	NON
	Encoprésie diurne	OUI	NON
	S'essuie après les selles		
	Va seul aux toilettes sans incitation		

FICHE « PASSEZ LE RELAIS »

6	TRANSFERT		
	Se lève		
	Se couche		
	S'assoit		
7	DEPLACEMENTS		
	Troubles orthopédiques	OUI	NON
	Utilise une canne		
	Utilise un fauteuil roulant		
	Utilise un déambulateur		
	Monte les escaliers		
	Descends les escaliers		
	Sait nager		
8	GESTION		
	Sait gérer ses propres affaires		
	Sait écrire		
	Sait lire		
9	COMMUNICATION		
	Verbale	OUI	NON
	Non verbale	OUI	NON
	Signée	OUI	NON
	Utilise un support de communication spécifique :		
10	VIE PSYCHIQUE		
	Participe facilement en collectif	OUI	NON
	Est agité	OUI	NON
	Replié sur lui-même	OUI	NON
	Risque de fugue	OUI	NON
	Agressif envers lui même	OUI	NON
	Agressif envers les autres	OUI	NON
	Retard intellectuel	OUI	NON
	Précocité, surdouance	OUI	NON
11	ETAT SENSORIEL		
	Non voyant	OUI	NON
	Mal voyant	OUI	NON
	Malentendant	OUI	NON
	Sourd	OUI	NON
	Hyperesthésie ou exacerbation des sens	OUI	NON
	- sons		
	- toucher	OUI	NON
	- gout	OUI	NON
- odeurs	OUI	NON	
12	RESPIRATION Troubles respiratoires	OUI	NON
13	ALLERGIES	OUI	NON
14	CRISES D EPILEPSIE	OUI	NON

FICHE « PASSEZ LE RELAIS »

15	TENSIONS ET DOULEURS description des attitudes peuvent exprimer la tension ou douleur		
	Mimiques	OUI	NON
	pleurs	OUI	NON
	Cris	OUI	NON
	Mouvement de defense	OUI	NON
	Mouvement de bascule	OUI	NON
	Raideur	OUI	NON
	Agitation inhabituelle	OUI	NON
	Isolement	OUI	NON
	Diminution de l'éveil	OUI	NON
	Diminution de la communication	OUI	NON
	POUR AIDER A SOULAGER		
	Musique	OUI	NON
	Jouet	OUI	NON
	Doudou	OUI	NON
	Isolement	OUI	NON
	autre	OUI	NON
	Gestes et attitudes à éviter		

Particularité de l'enfant ou du jeune par rapport au jeu

Capacité de concentration, accès au jeu et à l'imagination (jeu calme, jeu sportif...) et fatigabilité particulière de l'enfant.....

.....

Rapport à l'autre, à l'autorité, à la frustration.....

.....

Capacité d'adaptation aux situations nouvelles.....

.....

Personnalité, centres d'intérêts de l'enfant ou du jeune :

.....

.....

.....

Attentes des parents

.....

.....



FICHE « PASSEZ LE RELAIS »

Besoins de l'enfant ou de l'adolescent

1) Relation et communication avec les autres enfants et les adultes

.....
.....

2) Rituels/habitudes de l'enfant

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

3) Adaptation des locaux :

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

4) Matériel :

..... Existant A prévoir
..... Existant A prévoir
..... Existant A prévoir
..... Existant A prévoir

5) Dispositions particulières : activités, sorties, transport

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

6) Personnel

..... Existant A prévoir

7) Traitement à prendre dans la structure : (joindre l'ordonnance du médecin)

Attentes de l'enfant ou du jeune par rapport à l'accueil de loisirs

.....
.....



FICHE « PASSEZ LE RELAIS »

PROJET D ACCUEIL

1) Contenu / objectifs :

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

2) Temps d'accueil :

lundi mardi mercredi jeudi vendredi samedi

Matin

Deà.....h

Repas

Après midi

Deà.....h

Besoin d'échange périodique à programmer entre les parents, l'équipe encadrante et l'enfant

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

—