

**NOM :**  
**PRENOM :**  
**DATE DE NAISSANCE :**

Merci de remplir ce document qui nous permettra de prendre connaissance des difficultés que pourrait rencontrer votre enfant au sein de l'accueil de loisirs et ainsi faciliter son intégration.

# FICHE SANITAIRE COMPLEMENTAIRE DIABETE

## CONCERNANT L'ENFANT

### Situation familiale, il vit :

- En famille
- En établissement spécialisé
- En famille d'accueil

### Sa vie en société :

- Il a des frères et sœurs
- Il a déjà été accueilli dans un accueil de loisirs
- Il participe à des activités extrascolaires

### Ses relations avec les autres :

Il est angoissé :

- Dans sa relation aux enfants
- Dans sa relation aux adultes
- Dans sa relation aux filles
- Dans sa relation aux garçons

Il sait gérer :

- Sa frustration
- Son rapport à l'autorité
- Son rapport au cadre et l'interdit

Quel comportement a-t-il avec les autres enfants ou adultes? Quelles difficultés / troubles? Dans quelles circonstances?

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

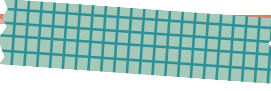
## TYPE DE DIABETE ET REGIME PARTICULIER ?

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

## REPAS ET ALIMENTATION :

- Il mange seul
- Il boit seul
- Il gère seul ses quantités
- Autre précisez :

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



Date et signature :

## QUEL EST LA NATURE DE SON SUIVI ?

- Médecin traitant
- Diabétologue
- Endocrinologue
- Diététicien
- Equipe pluridisciplinaire

Nom et Coordonnées du professionnel :

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

## QUELLE EST LA CONDUITE/LES ATTITUDES à ADOPTER

Lors des temps de repas :

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

Hors des temps de repas :

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

NOM :  
PRENOM :  
DATE DE NAISSANCE :

Merci de remplir ce document qui nous permettra de prendre connaissance des difficultés que pourrait rencontrer votre enfant au sein de l'accueil de loisirs et ainsi faciliter son intégration.

# FICHE SANITAIRE COMPLEMENTAIRE ALLERGIES OU TROUBLES ALIMENTAIRES

## CONCERNANT L'ENFANT

### Situation familiale, il vit :

- En famille
- En établissement spécialisé
- En famille d'accueil

### Sa vie en société :

- Il a des frères et sœurs
- Il a déjà été accueilli dans un accueil de loisirs
- Il participe à des activités extrascolaires

### Ses relations avec les autres :

Il est angoissé :

- Dans sa relation aux enfants
- Dans sa relation aux adultes
- Dans sa relation aux filles
- Dans sa relation aux garçons

Il sait gérer :

- Sa frustration
- Son rapport à l'autorité
- Son rapport au cadre et l'interdit

Quel comportement a-t-il avec les autres enfants ou adultes? Quelles difficultés / troubles? Dans quelles circonstances?

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

## DE QUOI S'AGIT-IL?

- Allergies  
Précisez :.....  
.....  
.....  
.....  
.....
  
- Troubles alimentaires :  
Précisez :.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## QUEL EST LA NATURE DE SON SUIVI ?

- Médecin traitant
- Allergologue
- Psychologue
- Equipe pluridisciplinaire

Nom et Coordonnées du professionnel :

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

## REPAS ET ALIMENTATION :

- Il mange seul
- Il boit seul
- Il gère seul ses quantités
- Il suit un régime particulier, précisez :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## QUELLE EST LA CONDUITE/LES ATTITUDES à ADOPTER

Lors des temps de repas :

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

Hors des temps de repas :

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

Date et signature :







**NOM :**  
**PRENOM :**  
**DATE DE NAISSANCE :**

Merci de remplir ce document qui nous permettra de prendre connaissance des difficultés que pourrait rencontrer votre enfant au sein de l'accueil de loisirs et ainsi faciliter son intégration.

# FICHE SANITAIRE COMPLEMENTAIRE : ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP

## CONCERNANT L'ENFANT

### Situation familiale, il vit :

- En famille
- En établissement spécialisé
- En famille d'accueil

### Sa vie en société :

- Il a des frères et sœurs
- Il a déjà été accueilli dans un accueil de loisirs
- Il participe à des activités extrascolaires

### Ses relations avec les autres :

Il est angoissé :

- Dans sa relation aux enfants
- Dans sa relation aux adultes
- Dans sa relation aux filles
- Dans sa relation aux garçons

Il sait gérer :

- Sa frustration
- Son rapport à l'autorité
- Son rapport au cadre et l'interdit

Quel comportement a-t-il avec les autres enfants ou adultes? Quelles difficultés / troubles? Dans quelles circonstances?

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

## DE QUOI S'AGIT-IL, MERCI DE PRECISER :

- Handicap moteur :  
.....  
.....
- Handicap sensoriel et son niveau :  
.....  
.....
- Troubles envahissants du développement :  
.....  
.....
- Maladie rare / dégénérative :  
.....  
.....
- Troubles neurologiques :  
.....  
.....
- Handicap psychique :  
.....  
.....
- Handicap mental :  
.....  
.....
- Trouble DYS :  
.....  
.....

## APPAREILLAGE OU ACCOMPAGNEMENT HANDICAP SENSORIEL

### Votre enfant viendra au centre de loisirs avec

- Un chien guide
- Une canne
- Des lunettes / des lentilles
- Des prothèses auditifs
- Des prothèses dentaires amovibles
- Autre précisez :  
.....

## APPAREILLAGE HANDICAP MOTEUR

### Votre enfant viendra au centre de loisirs avec

- Des chaussures orthopédiques
- Des prothèses
- Des béquilles
- Un déambulateur
- Un fauteuil roulant manuel
- Un fauteuil roulant électrique

### Dimensions du fauteuil roulant

Hauteur .....  
Profondeur .....  
Largeur .....  
Poids .....

## HANDICAP MOTEUR ET AUTONOMIE

### Votre enfant peut

- Se tenir debout seul
- Se tenir debout avec aide
- Monter et descendre seul les escaliers
- Se relever après une chute
- Marcher : moins d'1 heure
- Marcher : plus d'1 heure
- Marcher rapidement
- Marcher sur un terrain accidenté
- Courir
- Manœuvrer seul son fauteuil en intérieur
- Manœuvrer seul son fauteuil en extérieur
- Mettre ou ôter sa/ses prothèse(s)
- Solliciter un adulte en cas de problème

## HANDICAP SENSORIEL ET AUTONOMIE

### Votre enfant peut

- Mettre et ôter seul ses prothèses
- Se repérer/ s'adapter à de nouveaux lieux
- Solliciter un adulte en cas de problème

# FICHE SANITAIRE COMPLEMENTAIRE : ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP - SUITE

## ACTIVITES ET LOISIRS ?

Votre enfant sera capable de :

- Choisir entre plusieurs activités proposées
- Jouer seul
- Jouer avec plusieurs enfants
- Comprendre les règles d'un jeu
- Appliquer les règles d'un jeu
- Soutenir son attention
  
- Participer aux sorties culturelles
- Participer aux sorties piscines
- Participer aux sorties randonnées
- Participer aux sorties vélo
- Participer aux activités manuelles
- Participer aux activités scientifiques
- Participer aux activités nature
- Participer aux activités culinaires
- Participer aux activités d'expressions corporelles / théâtre
- Participer aux activités autour de la musique
- Participer aux grands jeux
- Participer aux jeux sportifs

Quels sont ses centres d'intérêts, ses loisirs? Qu'est-ce qu'il aime faire ou ne pas faire?

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

Gestion des angoisses et des comportements à risques

- Des objets fétiches, précisez :  
.....
- Des rituels, précisez :  
.....
- A tendance à s'enfuir
- Peut se mettre en danger
- Peut être violent

## HYGIENE ET VIE QUOTIDIENNE

Votre enfant sait :

- Aller seul aux toilettes
- Aller aux toilettes sans sollicitation
- S'habiller ou se déshabiller seul
- Mettre seul ses chaussures

Votre enfant :

- Est facilement fatigable
- A besoin de faire la sieste
- Sait se repérer dans le temps
- Sait se repérer dans les lieux et l'espace
- A conscience du danger
- A le vertige
- Sait lire (même avec difficulté)
- Sait écrire (même avec difficulté)

## REPAS ET ALIMENTATION :

- Il mange seul
- Il boit seul
- Il mange mixé
- Il gère seul ses quantités
- Il suit un régime alimentaire particulier.

Précisez.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Date et signature :

## QUEL EST LA NATURE DE SON SUIVI ?

- Médecin traitant
- Equipe pluridisciplinaire
- Spécialistes, précisez

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

Nom et Coordonnées du professionnel :

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

## COMMUNICATION

Votre enfant :

- N'as pas l'usage de la parole
- As des troubles du langage
- Communique par le langage
- Communique par gestes
- Communique par cris
- As son propre langage : code
- Utilise des accessoires de communication, précisez :

.....  
.....