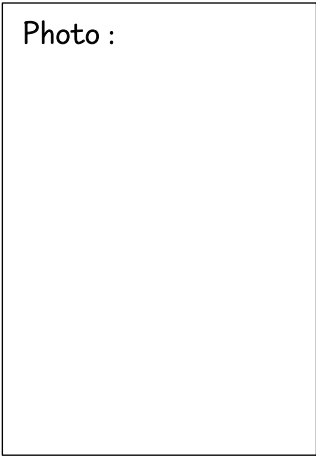




Dossier d'inscription

Photo :



Année 2023

Inscription au séjour de :

- Lieu :
- Date : du au

L'enfant ou adolescent :

NOM : Prénom : Date de naissance :

Adresse – lieu de vie de l'enfant (parents/famille/institution) :

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

Téléphone :

Nature des difficultés ou du handicap :

- Psychique Intellectuel Autisme
- Sensoriel / Préciser :
- Trouble du comportement / Préciser :
- Autre / Préciser :

Personne à contacter pendant le séjour :

(merci de bien compléter **TOUTES** les informations mail et téléphone compris).

L'enfant ou adolescent a t'il un rituel d'appel téléphonique avec ses proches : OUI NON

Préciser :

Responsable légal / Qualité (père, mère, grands-parents...)

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postale : Ville :

Téléphone : Mail :

Dans le cadre d'un placement ASE, merci de préciser les droits parentaux (ex : appels téléphoniques encadrés) :

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

Personne à contacter avant/pendant le séjour (pour toute informations concernant l'accompagnement, le quotidien de l'enfant / adolescent) mais aussi en cas d'urgence :

Qualité :

NOM :Prénom :

Adresse :

Téléphone :Adresse mail :

(Le contact doit être joignable jusqu'au point de RDV convenu avec l'APAJH, pendant le séjour, notamment en cas d'urgence, d'interruption ou d'inadaptation).

Établissement fréquenté (IME, foyer...) pouvant nous renseigner sur l'accompagnement de l'enfant/adolescent :

Professionnel référent :

Qualité :

NOM :Prénom :

Adresse :

Téléphone :Adresse mail :

Numéro d'astreinte, notamment en période estivale :

Personne s'occupant du transport aller/retour :

Qualité :

NOM :Prénom :

Téléphone :Adresse mail :

Prise en charge quotidienne :

Relations sociales :

L'enfant ou l'adolescent :

- Va-t-il facilement vers les adultes : OUI NON
- Va-t-il vers ses pairs : OUI NON
- S'adapte facilement à un nouveau groupe : OUI NON
- Craint la foule : OUI NON

Décrire, expliciter la relation aux autres, la participation de l'enfant ou adolescent aux tâches collectives :

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

Communication et échange :

L'enfant ou l'adolescent :

Précisions éventuelles :

- Parle OUI NON.....
- Se fait comprendre par mots OUI NON
- Se fait comprendre par gestes OUI NON
- Se fait comprendre par images ou pictogrammes (les joindre) OUI NON
- Autre mode de communication (joindre feuille annexe si nécessaire) OUI NON
- Est capable d'exprimer un/des choix OUI NON
- Est capable d'exprimer une douleur, un mal être, une angoisse OUI NON
- Sait téléphoner OUI NON
- Sait lire et écrire OUI NON

- Comportement :

Indiquez si ces états peuvent être déclenchés par des situations particulières. Il est important de préciser les attitudes à adopter, les précautions à prendre.

L'enfant ou adolescent est-il susceptible de :

- « fuguer » : OUI NON
.....
- Se montrer violent (verbal ou physique) :
 - envers lui-même : OUI NON
.....
 - envers les autres : OUI NON
.....
- a t-il des troubles en lien avec la sexualité : OUI NON
.....

Est-il sujet :

- aux hallucinations : OUI NON
.....
- aux phobies : OUI NON
.....
- aux délires : OUI NON
.....

- à l'isolement : OUI NON

.....

- à l'agitation : OUI NON

.....

- a t-il des rituels : OUI NON

.....

Y a t'il d'autres points, éléments, précautions, sur lesquels vous souhaitez insister ? (comportements, peurs, habitudes, crises, situations difficiles...)

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

Rencontre-t-il des difficultés à gérer ses émotions (colère, frustration) ? Si oui comment l'enfant ou adolescent l'exprime-t-il ?

Merci de nous indiquer ici vos conseils ou méthodes pour réagir dans la gestion de crises ou des attitudes particulières à avoir :

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

Y a t'il une nécessité pour l'enfant ou adolescent d'être en chambre seul(e) ? OUI NON

Préciser :

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

- Repères :

L'enfant ou adolescent :

- Sait se repérer dans le temps : OUI NON

- Se repère dans des lieux nouveaux : OUI NON

Quel accompagnement utilisez-vous pour lui faciliter cette prise de repères ?

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

- Repas :

L'enfant ou adolescent a t'il un régime particulier ? (allergie, complément alimentaire...) : OUI NON

Préciser :

.....
.....

Besoin d'aide pendant les repas : OUI NON

Un rituel pour les repas ? : OUI NON

Préciser :

.....
.....

- Vie quotidienne :

L'enfant ou adolescent :

S'occupe-t-il seul de ses affaires personnelles : OUI Besoin d'être stimulé Accompagné NON

Reconnaît-il ses effets personnels (linge, objet) : OUI NON

.....

Viendra t'il avec téléphone, console ou autre matériel de valeur : OUI NON

Si oui préciser :

.....
.....

- Sommeil :

L'enfant ou adolescent :

Se couche tôt (après le dîner) : OUI NON

Préciser :

.....

A des difficultés à s'endormir : OUI NON

Préciser :

.....

Est sujet aux insomnies, aux angoisses : OUI NON

Préciser :

.....

Se lève la nuit : OUI NON

Préciser :

.....

A un lever difficile : OUI NON

Préciser :

.....

Fait la sieste : OUI NON

Préciser :

.....

A t'il un rituel d'endormissement : OUI NON

Préciser :

.....

A t'il un objet fétiche : OUI NON

Préciser :

.....

- Hygiène :

L'enfant ou adolescent :

- Sait aller aux W.C. : OUI Besoin de stimulation Accompagné NON
- Est sujet à l'énurésie : Diurne Nocturne NON
- Est sujet à l'encoprésie : Diurne Nocturne NON
- Porte des protections : OUI De jour De nuit NON
- Fait sa toilette : OUI Besoin de stimulation Accompagné NON
- Sait se raser : OUI Besoin de stimulation Accompagné NON
- Sait s'habiller : OUI Stimulé Accompagné NON

- Activités / Sorties :

Activités à éviter (animal, eau, sensations, foule...) :

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

L'enfant ou adolescent :

Sait choisir une activité parmi plusieurs : OUI NON

.....

Peut se baigner : OUI NON Sait nager : OUI NON

Peu pratiquer des activités à sensation (attractions, laser game...) : OUI NON

.....
.....

Sait demander son chemin : OUI NON

.....

Est-il bon marcheur : OUI NON / 30 min 1 heure 2 heures + de 2 heures

Capable de respecter un temps libre (hors accompagnement) : OUI NON

- Attentes ou souhaits :

L'enfant ou adolescent a-t'il des souhaits particuliers ?

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

