

## Dossier de renseignements



Ce questionnaire permet de mieux connaître l'enfant en vue d'un accueil réussi et pertinent au sein de l'établissement d'accueil du jeune enfant. C'est un outil indispensable à l'équipe pour préparer au mieux l'accueil de l'enfant.

**Il est donc utile que chaque question soit renseignée avec le plus de précision possible.**

**Prénom & Nom de l'enfant :**

Date de Naissance :

Age : Sexe : M F

**DATE : ..../..../ 2022**

Photo de l'enfant

(si vous le souhaitez)

**Identité et qualité** ( parents, famille d'accueil, éducateur, assistante sociale...) **de la personne**

**complétant le dossier :** .....

Adresse : ..... Code postal - Ville : .....

📞 0- - - - ou - - - -

✉ .....@.....

**Responsable légal :** (si différent).....

Adresse : ..... Code postal - Ville : .....

📞 0- - - - ou - - - -

✉ .....@.....

**Environnement de l'enfant : contexte familial et scolaire-extrascolaire:**

**Le lieu de vie :**

Chez ses parents  En famille d'accueil  Dans un établissement spécialisé (médico-social, médico-éducatif...) Si oui lequel ?.....

**La scolarité / Le suivi :**

Dans un établissement d'accueil du jeune enfant « classique »,  
.....  
.....

• **Le nom de l'établissement :** .....

• Coordonnées de la personne à contacter :

• 📞 0- - - - ou - - - -

✉ .....@.....

**Pratique-t-il une activité sportive/culturelle ?**

Oui lesquelles : .....  Non

**A-t-il déjà fréquenté ou fréquente-il un établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE)?**

Oui (en quelle année, durée ou fréquence?)  Non

**Avez-vous en votre possession des bilans de ces accueils à transmettre à la future équipe ?**  Oui  Non

Non, ce sera sa première expérience

**SANTÉ**

L'enfant a-t-il eu ou a-t-il encore des difficultés de santé (accident, crises convulsives, opération, hospitalisation, rééducation) ? Existe-t-il des précautions à prendre au quotidien? Si oui, lesquelles? Bénéficie t'il d'un PAI ?

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

*NB: les éléments évoqués sur cette page ne se substitueront pas à la fiche sanitaire*

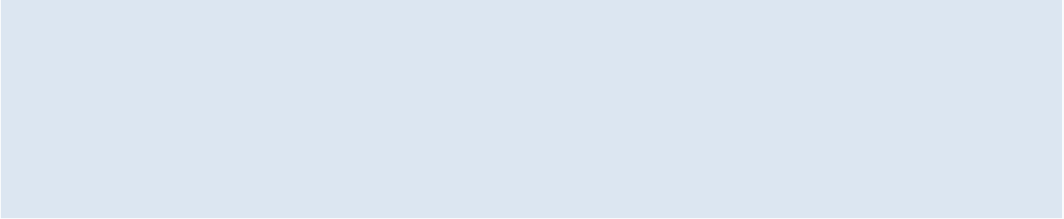
L'enfant est-il soumis à un traitement médical ou paramédical ( kinésithérapeute, infirmière...):  Oui  Non

**Nom et téléphone du médecin ayant prescrit ce traitement:**

**Médicament (s) et/ou acte (s)**

Posologie

..... ① - - - - -



L'administration de ce traitement a-t-elle des effets secondaires ( intolérance au soleil, perte d'appétit, fatigue excessive, perte d'énergie)?

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

L'administration de ce traitement nécessite-t-elle la présence d'un professionnel de la santé( infirmière-kinésithérapeute....)?

Oui (Si oui, merci d'apporter un complément d'informations)  Non

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

L'enfant est -il sujet à l'épilepsie? non

Oui :  occasionnellement  fréquemment  épilepsie stabilisé

Pouvez-vous joindre le protocole à suivre en cas de crise et communiquer les conseils et contre-indications :

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

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier  Oui  Non

Si oui, de quel type ( allergie, intolérance, diabète...)? Pouvez-vous joindre les consignes particulières à appliquer pendant l'accueil (protocole d'accueil individualisé, menus types, coordonnées de l'éventuelle diététicienne, et/ou la fourniture des repas...)

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

Poids :.....kg

Taille:.....m.....

Quels sont les conseils concernant **la santé** de l'enfant utiles et importants de communiquer à l'équipe pour préparer au mieux l'accueil de l'enfant?

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

## VIE QUOTIDIENNE

*Nous allons maintenant nous intéresser à la vie quotidienne de l'enfant selon 7 thématiques (comportement, communication, repos, hygiène, déplacements, activités/loisirs, comportement/relations). Nous vous proposons de compléter les tableaux suivants et de justifier le plus possible vos réponses.*

COMPORTEMENT DOMESTIQUE		INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	
Gère seul les quantités pendant le repas	oui	non	
Mange seul	oui	non	
Bénéficie t il d'ustensiles spécifiques pour manger ? Si oui lesquels (verres, biberons, becs verseurs...)	oui	non	
Les transitions ont-elles besoin d'être anticipées et accompagnées	oui	non	<input type="checkbox"/> Changements de lieux <input type="checkbox"/> Changement d'activités

COMMUNICATION		INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	
Communique par le langage	oui	non	
Utilise des moyens complémentaires : LSF-Pictogramme-Makaton....	oui	non	
Pointe avec son doigt pour s'exprimer	oui	non	
Va chercher la main de l'adulte pour le solliciter	oui	non	
Entre en relation avec ses pairs, engage une relation	oui	non	
Se fait comprendre, exprime ses envies et ses besoins	oui	non	

## SOMMEIL- LEVER- COUCHER

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

A des difficultés pour s'endormir ?                      oui    non

A besoin d'être rassuré au moment du coucher, d'être bercé, dans les bras ?                      oui    non

A un sommeil agité (angoisse-  
insomnie- se lève la nuit....)                      oui    non

A l'habitude de dormir dans une chambre à plusieurs                      oui    non

A déjà passé une nuit hors du domicile familial                      oui    non

A peur de l'obscurité                      oui    non

Se réveille tôt habituellement                      oui    non

Possède un doudou / en a besoin pour s'endormir                      Oui    Non

Dors dans un lit à barreaux – lit bas ?                      Oui    Non

A un lever difficile                      oui    non

A besoin de temps de repos spécifique dans la journée                      oui    non

A besoin de se retrouver seul régulièrement                      oui    non

Avez-vous des conseils concernant **le comportement, la communication ainsi que la gestion du repos** à communiquer afin d'accompagner au mieux l'enfant sur ces temps ? (difficultés à prendre des repères spatiaux, nécessité de reformuler les consignes, s'assurer que l'enfant a bien compris une instruction, difficultés de langage, sieste....)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## HYGIENE HABILLEMENT

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Apprécie t'il le temps du change ?                      oui    non

Possède des rituels autour de la douche et/ou de l'habillement                      oui    non

A besoin d'accompagnement lorsqu'il va aux toilettes                      oui    non

S'habille seul                      oui    non

Reconnaît ses vêtements                      oui    non

A besoin d'être sollicité pour aller aux toilettes                      oui    non

Avez-vous des conseils concernant **l'hygiène , l'habillement et la gestion du linge** à communiquer afin d'accompagner au mieux l'enfant sur ce temps ? (accompagnement pour la douche, aide à l'habillage, accompagnement pour aller aux toilettes.....)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## MOTRICITE

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Se déplace à quatre pattes      oui    non

Est capable de marcher tout  
seul      oui    non

Sait monter un escalier seul      Oui    non

Se tient assis sans aide      oui    non

Avez-vous des conseils concernant **la motricité** à communiquer afin d'accompagner au mieux l'enfant ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Joue, participe, s'intègre  
à une activité de groupe  
( 8 enfants)      oui    non

Apprécie le contact de l'eau    oui    non

Apprécie les activités  
manuelles      oui    non

Apprécie les activités spor-  
tives            oui    non

Apprécie le théâtre, le  
chant,  
le cirque, la musique      oui    non

Quels sont ses centres d'intérêts, les activités qu'il pratique régulièrement ? Les jeux/jouets qu'il aime ?

.....

.....

Y-a-t-il des activités à exclure en raison d'une incapacité, incompatibilité dans le cadre d'un établissement d'accueil du jeune enfant?

.....

.....

- Comment pourriez vous décrire ses relations avec les autres enfants ?

(exemple : se met à retrait, s'exclut du groupe, est en capacité d'inviter un camarade à jouer, est influençable, est bienveillant avec les autres enfants)

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

- Comment pourriez vous décrire ses relations avec les adultes ?

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

- Quel comportement a l'enfant en dehors du cadre de vie habituel ? Sorties-activités....

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

- Quelles peuvent être les difficultés majeures et que préconisez-vous pour les gérer ?

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

- Selon votre expérience, y-a-t-il un moyen d'éviter les difficultés ou de les anticiper ?

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

## ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DE L'ENFANT

- Quelles attitudes ou solutions fonctionnent selon vous face à des situations problématiques ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Nous vous proposons d'indiquer les divers renseignements non encore évoqués et utiles à communiquer à l'équipe d'animation qui accueillera l'enfant :

.....

.....

.....

.....

.....

# LE PROJET D'INCLUSION EN ETABLISSEMENT D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

- **Quels éléments sont les éléments qui motivent l'inscription de l'enfant ?**

- L'initiative de l'enfant à vouloir participer à un temps de loisirs
- Le choix des activités et/ou des thématiques
- Un projet travaillé avec la famille et/ou les éducateurs
- Un choix de la famille et/ou des éducateurs
- Un temps de répit pour la famille

Indiquez ici toute information que vous jugez importante de transmettre à l'équipe en amont de l'accueil de votre enfant :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le PRH c'est aussi pour les équipes d'animation:



Un module de formation gratuit

Trois malles pédagogiques de sensibilisation au handicap et à la différence à emprunter