

Date :

Image de l'enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

A remplir...

Par les parents, avec l'enfant

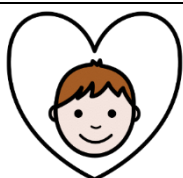
Par l'équipe d'animation



Je suis... Je vis...



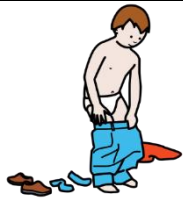
Ma singularité,
« Mon pti truc en
plus »



J'aime



Il m'est difficile...
Je n'aime pas...



**Dans la vie quotidienne...
(mon niveau d'autonomie)**



Pour mes repas...



**Pour aller aux
toilettes...**



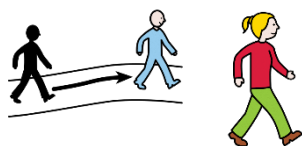
Coucher, nuit



**Dans ma relation avec
l'autre...**



Je communique...



Dans mes déplacements...



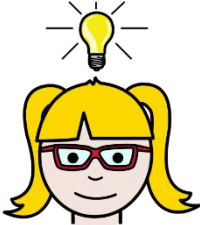
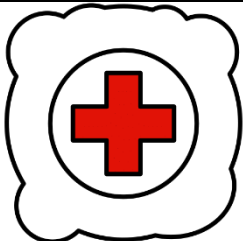
Attention particulière à avoir en sortie



Pour gérer mes émotions, je suis/j'ai besoin de ...



Pour m'aider dans les activités...

 Mes petits rituels, mes routines...		
 Astuces et conseils		
 Vigilance au niveau de ma santé...		

Situation de l'enfant- précisez si handicap :

.....

.....

.....

L'enfant a-t-il une reconnaissance du handicap ?

☐ Oui AEEH (CAF) ☐ Oui MDPH (Département) ☐ Non En cours...

L'enfant est-il suivi par un service d'accompagnement ?

☐ Oui ☐ Non

Autorisez-vous le CLC à prendre contact avec cet établissement ?

☐ Oui ☐ Non

Coordonnées de l'Établissement et nom de l'interlocuteur :

.....