



FICHE D'AUTONOMIE

...en vue d'une intégration

REPRÉSENTANT LÉGAL REMPLISSANT CETTE FICHE

NOM :

TÉLÉPHONE : / / / /

Année scolaire du 1er PAI : _____

PAI reconduit pour l'année scolaire _____

PRÉSENTATION DE L'ENFANT

Nom et prénom de l'enfant : _____

Établissement scolaire : _____

Date de naissance : / /

Présentation du handicap

Type de handicap ou de maladie invalidante : _____

Y a-t-il des troubles associés au handicap ? Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

Type d'accueil souhaité :

Accueil périscolaire..... Oui Non

Accueil de loisirs..... Oui Non

Avec accompagnateur..... Oui Non

VIE QUOTIDIENNE

PROPRETE-HYGIENE-TOILETTE

Mon enfant :

S'habille..... Oui Aide ponctuelle Non

Se chausse..... Oui Aide ponctuelle Non

Se lave les mains..... Oui Aide ponctuelle Non

Va aux toilettes seul..... Oui Aide ponctuelle Non

Est sensible à la température de l'eau..... Oui Non

Est énurétique (incontinence urinaire)..... Oui Non

Est encoprétique (incontinence fécale)..... Oui Non

Remarque(s) éventuelle(s) / Attentes :

REPAS-ALIMENTATION

Mon enfant :

Mange seul.....	Oui	Aide ponctuelle	Non
Boit seul.....	Oui	Aide ponctuelle	Non
Suit un régime..... <i>Si oui, joindre une note précisant la teneur du régime</i>	Oui	Non	
Gère seul ses quantités.....	Oui	Non	
Éprouve le sentiment de satiété.....	Oui	Non	
A des allergies alimentaires..... <i>Si oui, précisez : _____</i>	Oui	Non	
A besoin d'un équipement spécifique (mobilier ou ustensiles adaptés) ?..... <i>Si oui, précisez : _____</i>	Oui	Non	
Faut-il lui préparer ses repas ? <i>Si oui, précisez : mixer mouliner bouillir les aliments</i>	Oui	Non	

Remarque(s) éventuelle(s) / Attentes :

FATIGABILITÉ

Mon enfant :

Fait la sieste.....	Oui	Non
A besoin de temps de repos dans la journée..... <i>Si oui, à quel(s) moment(s) ? _____</i>	Oui	Non
A peur de l'obscurité.....	Oui	Non
A des difficultés d'endormissement ou des angoisses.....	Oui	Non
A besoin d'un objet personnel, d'un « doudou » pour s'endormir.....	Oui	Non

Remarque(s) éventuelle(s) / Attentes :

SANTÉ

Mon enfant :

A un traitement médical.....	Oui	Non	
Prend son traitement seul.....	Oui	Non	
A un appareillage.....	Oui	Non	
Si oui, précisez : _____			
Peut mettre et retirer son appareillage seul ?.....	Oui	Non	
A des crises d'épilepsie ?.....	Stabilisées	Occasionnelles	Fréquentes
Y a-t-il des contre-indications médicales ?.....	Oui	Non	

Remarque(s) éventuelle(s) / Attentes :

COMPORTEMENT HABITUEL

COMMUNICATION

Mon enfant :

Communique par langage.....	Oui	Non
Communique par gestes.....	Oui	Non
Communique par cris.....	Oui	Non
Écrit.....	Oui	Non
Lit.....	Oui	Non
Compte.....	Oui	Non
Mémorise.....	Oui	Non
Dessine.....	Oui	Non
Exprime ses besoins de base.....	Oui	Non
Sait demander de l'aide.....	Oui	Non
Si oui, précisez le moyen utilisé : _____		

Remarque(s) éventuelle(s) / Attentes :

SORTIES ET DÉPLACEMENTS

Mon enfant :

Se déplace seul ?.....	Oui	Aide ponctuelle	Non
Marche sur un terrain accidenté ?.....	Oui	Aide ponctuelle	Non
Utilise un appareillage pour se déplacer ?.....	Oui	Non	
Si oui, précisez : _____			

Monte et descend un escalier ?.....	Oui	Aide ponctuelle	Non
Sait utiliser un ascenseur ?.....	Oui	Aide ponctuelle	Non
S'adapte à des lieux nouveaux ?.....	Oui	Aide ponctuelle	Non
Se repère dans le temps ?.....	Oui	Aide ponctuelle	Non
Supporte les transports ?.....	Oui	Non	
A besoin d'un véhicule adapté ?.....	Oui	Non	
Sait demander son chemin ?.....	Oui	Non	
Lit l'heure ?.....	Oui	Aide ponctuelle	Non

Remarque(s) éventuelle(s) / Attentes :

ACTIVITÉS - LOISIRS

Y a-t-il des moments de la journée plus favorables au déroulement d'activités ?.....

Oui	Non
-----	-----

Si oui, précisez : _____

Mon enfant :

Sait choisir une activité parmi plusieurs ?.....	Oui	Non
Sait jouer seul ?.....	Oui	Non
Sait jouer à plusieurs ?.....	Oui	Non
Comprend les règles, les consignes ?.....	Oui	Non
Respectent ces consignes.....	Oui	Non
Participe aux jeux collectifs, en équipe ?.....	Oui	Non
Participe aux jeux de coopération, en équipe ?..	Oui	Non
A des problèmes de dextérité ?..... [exemple : découpage]	Oui	Non
Comprend l'imaginaire ?.....	Oui	Non
Aime se déguiser ?.....	Oui	Non
Est-il facilement fatigable ?.....	Oui	Non
Si oui, comment s'effectuent ses temps de récupération ?		

Pratique régulièrement un sport ?.....	Oui	Non	
<i>Si oui, précisez :</i> _____			
Peut marcher ?.....	- de 20mn	20mn > 45mn	+ de 45mn
Capacité de concentration sur une activité ?.....	- de 20mn	20mn > 45mn	+ de 45mn
Nage ?.....	Oui	Non	
Fait du vélo ?.....	Oui	Non	
Y a-t-il des objets qu'il sait mieux utiliser que d'autres ?.....	Oui	Non	
<i>Si oui, précisez :</i> _____			
Y a-t-il des objets qu'il ne sait pas utiliser ?.....	Oui	Non	
<i>Si oui, précisez :</i> _____			

Remarque(s) éventuelle(s) / Attentes :

RELATIONS

Mon enfant :

Exprime ses émotions ?.....	Oui	Non
Est angoissé dans sa relation :		
aux autres enfants ?	Oui	Non
aux adultes ?	Oui	Non
aux filles ?	Oui	Non
aux garçons ?	Oui	Non
Sait gérer l'autorité ?.....	Oui	Non
Sait gérer les interdits ?.....	Oui	Non
Accepte que son entourage puisse connaître son handicap ?.....	Oui	Non
Accepte le handicap ou la différence des autres ?.....	Oui	Non
Accepte l'aide extérieure à la famille ?.....	Oui	Non
Peut être impulsif, spontané ?.....	Oui	Non
Peut être facilement influençable ?.....	Oui	Non
Est en demande d'affection, de contact physique ?.....	Oui	Non

Comprend l'humour, la plaisanterie ?.....	Oui	Non
A besoin de moments d'isolement ?.....	Oui	Non
Aime les responsabilités ?.....	Oui	Non
Aime aider ?.....	Oui	Non
Aime coopérer ?.....	Oui	Non
Connaît les règles de politesse ?.....	Oui	Non
A besoin d'un emploi du temps pour s'adapter, s'organiser ?.....	Oui	Non

Remarque(s) éventuelle(s) / Attentes :

COMPORTEMENT ET GESTION DES ANGOISSES

Mon enfant :

A des objets fétiches ?.....	Oui	Non
<i>Si oui, précisez :</i> _____		
A des rituels ?.....	Oui	Non
<i>Si oui, précisez :</i> _____		
A des goûts particuliers ?.....	Oui	Non
<i>Si oui, précisez :</i> _____		
A tendance à fuguer ?.....	Oui	Non
Peut être violent ?.....	Oui	Non
<i>Si oui, précisez :</i> _____		
Peut être sujet à des crises ?.....	Oui	Non
<i>Si oui, précisez :</i> _____		
A des angoisses ou des peurs identifiées ?.....	Oui	Non
<i>Si oui, précisez :</i> _____		
Sait gérer sa frustration ?.....	Oui	Non
A conscience du danger dans son environnement proche ?.....	Oui	Non
Sait réagir en conséquence ?.....	Oui	Non

Quelles sont les sources de plaisirs qui peuvent l'apaiser ?

Remarque(s) éventuelle(s) / Attentes :

La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux même astreints au secret professionnel et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant.

Je soussigné(e) _____ , demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé.

J'autorise que ce document, uniquement destiné à l'équipe d'animation, soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil.

Fait à _____ , le ___ / ___ / 20__

Signature(s)

Mère	Père	Représentant légal