

ANNEXE

ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP ET/OU AVEC DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

ENFANT CONCERNE

Nom de l'enfant.....
Prénom.....
Age.....

AUTONOMIE

Votre enfant est-il accompagné par un(e) AESH sur le temps scolaire ? oui non

► LORS DE SES DÉPLACEMENTS

Marche : oui non Court : oui non Monte/descend les escaliers/les marches oui non

► DANS LES ACTIVITÉS

Lit : oui non Ecrit : oui non Découpe : oui non Colle : oui non
s'adapte aux jeux oui non s'adapte aux règles oui non

► DANS LA VIE QUOTIDIENNE

Sait-il se déshabiller/s'habiller seul ? oui non

Sait-il mettre et/ou enlever ses chaussures seul ? oui non

Est-il propre ? oui non

Si oui, va-t-il seul aux toilettes sans sollicitations ? oui non Sait-il s'essuyer seul ? oui non

Sait-il s'essuyer seul ? oui non

Fait-il la sieste ? oui non

Si oui, y-a-t-il des consignes particulières ?.....

Sait-il manger seul ? oui non Se repère-t-il dans le temps ? oui non

Se repère-t-il dans l'espace ? oui non A-t-il conscience du danger ? oui non

Comment gère-t-il la frustration ?.....

Comment gère-t-il la fatigue ?.....

RELATION AUX AUTRES

Maîtrise-t-il le langage ? oui non Utilise-t-il des pictogrammes ? oui non

Si oui lesquels ?.....

Entre-t-il en relation avec les autres enfants ?.....

Les activités proscrites :.....

Les conseils de la famille :.....