

**ANNEXE**

**ENFANT CONCERNE**

Nom de l'enfant.....

Prénom.....

Age.....

PHOTO

**TROUBLES DU COMPORTEMENT**

▶ Votre enfant est-il atteint d'un de ces troubles :

TDAH : Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TOP : Trouble Opposition avec Provocations

TC : Trouble des Conduites

▶ Votre enfant a-t-il des comportements à risque ?

Dépression

Trouble alimentaire

Mutilation

Autres (préciser) :

Avez-vous des consignes particulières : .....

▶ Va-t-il aux toilettes sans sollicitations ? 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**

▶ Votre enfant entre-t-il facilement en relation avec les autres enfants ?.....

▶ A-t-il des activités prosrites ?.....

▶ Les conseils de la famille :.....