

FICHE D'INFORMATION

PROGRAMME DE SOUTIEN



Informations personnelles de l'enfant		
Nom :	Prénom :	
Date de naissance : (AA/MM/JJ)	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Adresse :		App. :
Ville :	Code postal :	Courriel :
Personne contact en cas d'urgence		
Nom :	Prénom :	Tél. (résidence) :
Lien avec l'enfant :		Tél. (bureau) :
Santé		
Maladie ou symptômes :		
Signes avant-coureurs (s'il y a lieu) :		
Médication :		
Allergies :		
Besoins physiologiques (protéger du soleil, hydratation, etc.) :		
Expérience de groupe		
Activités		
Préférées :		
Moins aimées :		
Remarques :		

Portrait de l'enfant

Language

Je suis capable d'exprimer mes besoins :	Verbalement	Gestuellement
La faim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La soif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envie d'aller à la toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La tristesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un malaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

Je dis :	Oui	Non
Mon nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon adresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon numéro de téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je porte une carte d'identification sur moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

Autonomie

	Oui	Non
Je demeure avec mon groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques		
Il m'arrive de m'éloigner du groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques

	Seul	Avec un peu d'aide	Avec beaucoup d'aide
Je suis les consignes du groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Je mange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques

	Seul	Avec un peu d'aide	Avec beaucoup d'aide
Je me déshabille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Je m'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Je vais à la toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Je repère mes effets personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Mes effets personnels sont bien identifiés	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Je repère les différents sites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Je reconnais les personnes significatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Je reconnais les dangers familiaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			

Suite à la page suivante

Motricité			
	Seul	Avec un peu d'aide	Avec beaucoup d'aide
Je suis capable de traverser la rue en toute sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Mon moyen de transport est :			
Je suis capable de marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Je suis capable de courir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Je suis capable de grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Je suis capable de glisser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Je suis capable de me balancer sur une balançoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Je suis capable de lancer une balle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Je suis capable d'attraper un ballon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Je suis capable de frapper un ballon avec mon pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			

	Seul	Avec un peu d'aide	Avec beaucoup d'aide
Je joue dans la piscine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Je sais nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Je peux utiliser les crayons et les pinceaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Je me sers de ciseaux de façon sécuritaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Socialisation			
	Seul	Avec un peu d'aide	Avec beaucoup d'aide
Je me mêle facilement à un nouveau groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Je sais me faire des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Je respecte mes amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Je respecte les effets personnels de mes amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques			
Autres informations pertinentes			