

LA PASSERELLE MARIA & CÉLESTIN

École inclusive & accompagnement spécialisé

MIEUX CONNAÎTRE VOTRE ENFANT

Pour préparer un accueil adapté à ses besoins, ses compétences et sa personnalité

Cette fiche concerne tous les enfants, avec ou sans besoin éducatif particulier. Les informations transmises sont confidentielles et utilisées uniquement pour préparer l'accueil et l'accompagnement de votre enfant.

1. Votre enfant

Nom et prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Prénom / surnom utilisé à la maison : _____ Langue(s) parlée(s) / comprise(s) : _____

Comment décririez-vous votre enfant en quelques mots ?

Ses centres d'intérêt, jeux, activités ou sujets préférés :

Ses principales forces, qualités ou réussites :

2. Parcours scolaire et apprentissages

A-t-il déjà fréquenté : ☐ Crèche ☐ Maternelle ☐ Élémentaire ☐ Autre : _____

Dernier établissement : _____ Dernier niveau : _____

Référentiel / parcours suivi : ☐ Sénégalais ☐ Fondé sur les programmes français ☐ Autre : _____

Comment se passe généralement l'école / la crèche pour votre enfant ?

Ce qu'il réussit facilement :

Ce qui lui demande davantage d'aide ou de temps :

Aides qui fonctionnent bien : ☐ Montrer / faire avec lui ☐ Image / pictogramme ☐ Répéter ☐ Fractionner la tâche ☐ Encourager ☐

Temps supplémentaire ☐ Autre : _____

3. Communication et compréhension

Votre enfant communique principalement : ☐ Oralement ☐ Gestes ☐ Images / pictogrammes ☐ PECS ☐ CAA ☐ Autre : _____

Il comprend : ☐ Consignes simples ☐ Consignes à plusieurs étapes ☐ Mieux avec démonstration ☐ Mieux avec support visuel

Comment demande-t-il quelque chose ? _____

Comment exprime-t-il « non », une douleur, une peur ou un inconfort ?

Mots, gestes, signes ou supports importants à connaître :

4. Autonomie au quotidien

Toilettes / propreté : ☐ Autonome ☐ En cours ☐ Aide nécessaire

Habillage : ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide importante

Repas : ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide importante Hygiène / lavage des mains : ☐ Autonome ☐ Aide

Autres gestes du quotidien pour lesquels votre enfant a besoin d'aide :

5. Alimentation

À La Passerelle, le repas et le goûter sont inclus.

Allergies / intolérances : ☐ Non ☐ Oui : _____

Textures ou aliments refusés / préférés : _____

Régime particulier / consigne familiale ou médicale : _____

Utilise-t-il un matériel particulier pour manger ou boire ? ☐ Non ☐ Oui : _____

6. Sommeil et rythme

Sieste : ☐ Oui ☐ Non ☐ Parfois Horaire / durée habituelle : _____

Rituel, objet rassurant, doudou ou habitude : _____

Comment repérez-vous qu'il est fatigué ? _____

7. Sensorialité et motricité

Est-il particulièrement sensible à : ☐ Bruit ☐ Lumière ☐ Toucher ☐ Odeurs ☐ Goûts/textures ☐ Foule ☐ Autre : _____

Recherche-t-il certaines sensations ou certains mouvements ? ☐ Non ☐ Oui : _____

Déplacements : ☐ Autonome ☐ Aide ponctuelle ☐ Aide importante ☐ Matériel / appareillage

Motricité fine (dessin, découpage, manipulation...) : ☐ À l'aise ☐ Variable ☐ Besoin d'aide

Informations utiles concernant sa motricité : _____

8. Émotions, comportement et relations

Comment votre enfant montre-t-il qu'il est content, inquiet, frustré, en colère ou qu'il a besoin d'une pause ? _____

Situations pouvant le mettre en difficulté (attente, changement, bruit, séparation, frustration...) : _____

Ce qui l'aide à retrouver son calme : _____

Avec les autres enfants : ☐ Va facilement vers eux ☐ Observe avant de participer ☐ Joue plutôt seul ☐ Variable

Avec les adultes : ☐ À l'aise ☐ Besoin de temps ☐ Recherche beaucoup l'adulte ☐ Variable

9. Santé, sécurité et besoins particuliers

Y a-t-il une information de santé importante pour l'équipe ? ☐ Non ☐ Oui : _____

Votre enfant peut-il avoir tendance à : ☐ S'éloigner / fuir ☐ Grimper ☐ Porter des objets à la bouche ☐ Se mettre en danger ☐ Aucun

Autres points de vigilance / consignes de sécurité : _____

Un diagnostic ou bilan existe-t-il ? ☐ Non ☐ Oui ☐ En cours Vous pouvez préciser si vous le souhaitez : _____

10. Accompagnements actuels ou antérieurs

☐ Orthophonie ☐ Psychomotricité ☐ Psychologie ☐ Éducation spécialisée ☐ Ergothérapie ☐ Médecin / spécialiste ☐ Autre : _____

Professionnel(s) / fréquence si utile : _____

Stratégies, outils ou recommandations qui fonctionnent particulièrement bien : _____

11. Ce qui motive votre enfant

Ce qui lui fait plaisir / l'encourage : ☐ Félicitations ☐ Jeu ☐ Activité préférée ☐ Objet ☐ Mouvement ☐ Musique ☐ Autre : _____

Ce qui peut l'aider à entrer dans une activité ou un apprentissage : _____

12. Vos priorités et attentes

Qu'aimeriez-vous voir progresser en priorité ? _____

[] Langage / communication [] Autonomie [] Apprentissages [] Motricité [] Attention [] Socialisation [] Émotions / comportement []
Autre : _____

Vos trois priorités principales :

1. _____ 2. _____ 3. _____

Qu'attendez-vous principalement de La Passerelle ?

13. Une dernière chose importante à savoir...

Y a-t-il quelque chose que nous n'avons pas demandé et qui nous aiderait à mieux comprendre et accueillir votre enfant ?

Échange famille - équipe

Nom du parent / responsable : _____ Date : ____ / ____ / ____

Entretien réalisé par : _____

Compléments / observations de l'équipe :

Signature du responsable : _____ Référent La Passerelle : _____