

FICHE DE LIAISON

FACULTATIVE

PÉRISCOLAIRE

DOSSIER CONFIDENTIEL REMPLI PAR LA FAMILLE



Administratif :

NOM Prénom de l'enfant :

Né(e) le :

SUIVIS





Votre enfant est suivi par		NOM et COORDONNÉES
<input type="checkbox"/>	PMI	
<input type="checkbox"/>	CMP	
<input type="checkbox"/>	CMPP	
<input type="checkbox"/>	CAMSP	
<input type="checkbox"/>	SESSAD	
<input type="checkbox"/>	Orthoptiste	
<input type="checkbox"/>	Masseur - Kinésithérapeute	
<input type="checkbox"/>	Psychomotricien (libérale)	
<input type="checkbox"/>	Ergothérapeute (libérale)	
<input type="checkbox"/>	Orthophoniste (libérale)	
<input type="checkbox"/>	Psychologue (libérale)	
<input type="checkbox"/>	Autres :	

Si besoin et en concertation avec la Famille, le service périscolaire peut-il prendre contact avec la structure / le ou les professionnel(s) ? Oui Non





TRANSMISSION

SOCIALISATION ET ÉCHANGE : pointage, verbalisation, demandes...

	PARLER Comment votre enfant communique-t-il avec les autres ?	
	COMPRENDRE Comment votre enfant réagit-il à une demande, à une consigne ? (A-t-il besoin d'appuis verbaux, gestuelles, visuels... ?)	
	EXPRIMER SES EMOTIONS Est-ce que votre enfant sait exprimer du plaisir, de la joie ? de la tristesse ? de la peur ? de la douleur ? Comment vient-il exprimer ses émotions ? Au niveau du visage, de ses comportements ? (isolement, agitation, agressivité...)	
	JOUER Comment joue votre enfant ? (avec les autres, seuls, sait Faire semblant...)	

AUTONOMIE - VIE QUOTIDIENNE : alimentation, sommeil, habillage...

	REPAS Votre enfant a-t-il besoin d'aide pour manger ? Peut-il avoir besoin de matériel spécifique pour le repas ?	
	SOMMEIL Est-ce que votre enfant a un bon sommeil ? A-t-il une routine pour s'endormir ? S'il n'y a pas de sieste, a-t-il besoin d'un temps calme ?	

	<p>HABILLAGE Votre enfant peut-il s'habiller seul ? A-t-il besoin d'aide (physique, gestuelle, verbale, visuelle...) ?</p>	
	<p>TOILETTES Votre enfant demande-t-il pour aller aux toilettes ? Y va-t-il seul ? A-t-il besoin d'aide ?</p>	
	<p>LAVAGE DES MAINS Votre enfant sait-il se laver les mains seul ?</p>	

Repérage dans le temps et l'espace

	<p>ESPACE Dans des espaces nouveaux, quel est son comportement ?</p>	
	<p>TEMPS Votre enfant sait-il se repérer dans la journée (matin, après-midi, soir, nuit) ?</p>	



CENTRES D'INTÉRÊTS ET PARTICULARITÉS



Ce que j'aime



Ce que je n'aime pas

Commentaires :



AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné(e) autorise la diffusion de ce document au service éducation de la mairie de Grigny-sur-Rhône.

Fait à, le /.... /.....

Signature :

Rappel sur le secret professionnel

NB :

La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel (articles 222-13 et 22-14 du Code pénal et décrets n° 93-221 16/02/1993 et n°93-345 du 15/03/1993) 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 qui l'accueille lui permette de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux-mêmes astreints au secret professionnel et ne transmettent entre eux que des informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Néanmoins, si la Famille le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin.

Afin de respecter le Code de déontologie médical, aucun diagnostic médical ne peut apparaître sur ce document. Avec l'accord de la Famille, toutes informations pouvant être utiles à la prise en charge de l'enfant seront jointes au projet.

Pour une prise en compte, ce document est à enregistrer et envoyer par mail à serviceenfance@mairie-grigny69.fr