

BESOINS SPECIFIQUES

| | | |
|--|----------|--|
| Votre enfant a-t'il des difficultés <ul style="list-style-type: none"> • De mobilité NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____ • D'audition NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____ • De vue NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____ • Pour parler NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____ • Pour les tâches de la vie quotidienne (se laver, manger, aller aux toilettes...) NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____ • De comportement NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____ • Est-il accompagné par une AVS à l'école ? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____ | | |
| Pour mieux le connaître, votre enfant est plutôt (sociable, timide, anxieux, discret...) : <ul style="list-style-type: none"> • Avec les adultes _____ _____ • Avec les enfants _____ _____ | | |
| Poids : | Taille : | Si c'est une fille est-elle réglée NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> |

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Je soussigné (e),....., responsable légal de l'enfant mineur, déclare exacts les renseignements de cette fiche et je m'engage à les réactualiser dès que possible si changement de la situation.

Fait à Le 2022

La signature des personnes titulaires de l'autorité parentale est obligatoire.

Signature (parent 1) signature (parent 2)

Signature (autre titulaire de l'autorité parentale)