



DGA plus Juste, plus Solidaire

Direction de la Santé Publique et Inclusion

Pôle Inclusion Droits des Femmes

Service Handicap

Division Participation Accompagnement Partenariats

CARNET DE SUIVI

La loi du 11 février 2005 vise à donner accès, à des enfants et adolescents en situation de handicap, à l'ensemble des différentes structures ou services de droit commun.

Les temps périscolaires et extra-scolaires (garderie, cantine, centre aéré) sont des lieux de socialisation, de détente, de découverte, d'apprentissage et de vivre ensemble. Les aménagements organisés permettent à l'enfant de s'épanouir dans un cadre ludique et convivial, ainsi que de trouver sa place au sein du groupe et de la société. Ils répondent aux besoins des enfants et prennent en compte l'âge, le rythme de vie, la mixité.

D'une manière générale, les structures dans lesquelles l'accueil des enfants en situation de handicap s'effectue de manière satisfaisante, sont celles dont le projet d'accueil permet de prendre en compte les attentes des familles et les spécificités des besoins de leurs enfants.

CE CARNET A POUR OBJECTIFS :		
D'accueillir l'enfant ayant des besoins spécifiques dans des conditions adaptées.	De définir les responsabilités et les missions de chaque acteur et actrice concerné par le développement de l'enfant (famille, équipe de cantine, AEH, animateurs...).	De suivre et de faire évoluer l'enfant au sein de son accueil.

TRANSMISSION DU DOCUMENT

- Remplir le carnet de suivi de l'enfant et le transmettre à suiviaeh@marseille.fr
- Contacter le service si difficultés pour compléter ce carnet de suivi au **04 91 55 92 70**
- Se rendre disponible pour un moment de rencontre, si besoin
- Contribuer au suivi de l'enfant en transmettant toute information le concernant au service

ENGAGEMENTS

- **La famille accepte que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de leur enfant ;**
- **La famille accepte que le service handicap entre en contact et échange des informations relatives à son enfant avec l'équipe pluridisciplinaire et l'enseignant ou l'enseignante référente ;**
- **La famille accepte que le service handicap soit représenté lors des équipes éducatives et s'engage à l'en informer**

Nom du responsable

Lu et approuvé

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Fille Garçon

RESPONSABLES LÉGAUX :

<p><u>1</u> :</p> <p>Nom : <input type="text"/></p> <p>Prénom : <input type="text"/></p> <p>Adresse : <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>Code postal : <input type="text"/></p> <p>Ville : <input type="text"/></p> <p>Téléphone : <input type="text"/></p> <p>Portable : <input type="text"/></p> <p>E-mail : <input type="text"/></p>	<p><u>2</u> :</p> <p>Nom : <input type="text"/></p> <p>Prénom : <input type="text"/></p> <p>Adresse : <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>Code postal : <input type="text"/></p> <p>Ville : <input type="text"/></p> <p>Téléphone : <input type="text"/></p> <p>Portable : <input type="text"/></p> <p>E-mail : <input type="text"/></p>
--	--

Situation familiale : Marié Pacsé Concubinage Divorcé Séparé Célibataire

Nombre d'enfants au foyer :

Organisations des rencontres avec les responsables légaux : disponibilités, fréquences :

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Heures à préciser

UEMA UEEA ULIS DAR Accompagnement individualisé Accompagnement mutualisé
 PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

Nombre d'heures d'accompagnement

Nom de l'établissement scolaire :

Accompagnement de l'enfant :

Taxi MobiMétropole Transport en commun Famille

Mise en place de PAI Médical Allergie Panier repas

Suivi de l'enfant dans une structure spécialisée : OUI NON

Nom structure	Nom référent	Fonction référent	Coordonnées	Fréquences des RdVs (1 fois par semaine, 1 fois par mois...)
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				

Joindre PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) fourni par la MDPH, dans son intégralité et en cours de validité

MODALITÉS D'ACCUEIL MISES EN PLACE SUR LE TEMPS SCOLAIRE

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
Accueil du matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temps de classe matin	<input type="checkbox"/> 8h30-10h00	<input type="checkbox"/> 8h30-10h00	<input type="checkbox"/> 8h30-10h00	<input type="checkbox"/> 8h30-10h00
	<input type="checkbox"/> 10h00-11h30	<input type="checkbox"/> 10h00-11h30	<input type="checkbox"/> 10h00-11h30	<input type="checkbox"/> 10h00-11h30
Cantine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temps de classe après-midi	<input type="checkbox"/> 13h30-15h00	<input type="checkbox"/> 13h30-15h00	<input type="checkbox"/> 13h30-15h00	<input type="checkbox"/> 13h30-15h00
	<input type="checkbox"/> 15h00-16h30	<input type="checkbox"/> 15h00-16h30	<input type="checkbox"/> 15h00-16h30	<input type="checkbox"/> 15h00-16h30
Accueil du soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MODALITÉS D'ACCUEIL MISES EN PLACE SUR LE TEMPS EXTRA-SCOLAIRE

Votre enfant est-il inscrit dans un centre aéré : OUI NON

si oui, les mercredis les vacances scolaires lesquelles

Nom et adresse du centre :

N° de téléphone :

Votre enfant a-t-il une activité extra-scolaire autre : OUI NON

si oui, laquelle :

à quelle période :

QUOTIDIEN DE L'ENFANT

Quelles sont les attitudes/comportements qui pourraient alerter d'un déclenchement de frustration, de crise ou de sentiment d'insécurité? Qu'est-ce qui pourrait déclencher une frustration, une crise ou un sentiment d'insécurité ?

Quelles sont les précautions particulières à prendre ?

Qu'est-ce qui peut calmer ou rassurer votre enfant ?

Autonomie dans la vie quotidienne	Besoins en dispositifs ou/et aides techniques
1. COMMUNICATION	
<input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/> non verbale L'enfant comprend-t-il : <input type="checkbox"/> le français <input type="checkbox"/> autre Préciser <input type="text"/> <input type="text"/> Modalités d'expression (préciser) <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Utilise un support de communication préciser <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Utilise un matériel électronique préciser <input type="text"/> <input type="text"/>
2. LOCOMOTION - TRANSFERT – DÉPLACEMENTS - ASSISE	
Difficulté motrice <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Transfert (fauteuil) Autonome <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Utilisation autonome du fauteuil <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Position assise limitée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Temps maximum <input type="text"/>	Matériel de locomotion <input type="text"/> Matériel utilisé : <input type="text"/> <input type="text"/> Appareillage préciser <input type="text"/> <input type="text"/>
Joindre Documents/photos du matériel nécessaire	
3. MOTRICITÉ	
L'enfant est capable : d'utiliser un stylo, crayon, feutre <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/> d'utiliser des ciseaux <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/> <input type="checkbox"/> couteau <input type="checkbox"/> fourchette <input type="checkbox"/> Cuillère <input type="text"/> <input type="checkbox"/> lancer <input type="checkbox"/> attraper un ballon par exemple. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> courir <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nager <input type="text"/>	
Ses capacités en termes d'activités manuelles, physiques et d'expressions et sa participation aux jeux, sorties, interactions avec les autres... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

4. ÉTAT SENSORIEL

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Malvoyant | <input type="checkbox"/> Lunettes |
| <input type="checkbox"/> Non voyant | <input type="checkbox"/> Canne blanche |
| <input type="checkbox"/> Malentendant | <input type="checkbox"/> Appareillage auditif |
| <input type="checkbox"/> Non entendant | <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> bilatéral |
| <input type="checkbox"/> Diminution du sens du toucher | <input type="checkbox"/> Aide technique |
| <input type="checkbox"/> Augmentation du sens du toucher | préciser <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> |

5. SOMMEIL

- | | |
|--|---|
| Besoin de repos dans la journée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
quand :
<input type="text"/>
<input type="text"/> | Besoin d'installation de protection <input type="checkbox"/> OUI
<input type="checkbox"/> NON préciser
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Paisible | Existence d'objets transitionnels (doudou, etc.)
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Perturbé | Rituels d'endormissements (à préciser)
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Crise d'épilepsie | <input type="text"/> |

6. TOILETTE — HYGIÈNE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Port de protection | Besoin particulier préciser :
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Exprime besoin d'aller aux toilettes | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Autonome aux toilettes | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Autonome lavage des mains | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Autonome habillage/déshabillage | <input type="text"/> |

7. ALIMENTATION

- | | |
|--|---|
| Autonome au repas <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Consistance des aliments |
| Fausse route : | <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> hachée <input type="checkbox"/> mixée |
| Alimentaire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="text"/> |
| Liquide <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Boisson : <input type="checkbox"/> liquide <input type="checkbox"/> gélifié |
| Durée moyenne du repas
<input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Sonde <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Matériel adapté <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Préciser
<input type="text"/> | Préciser <input type="text"/> |
| Trouble du comportement alimentaire
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="text"/> |
| Préciser
<input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Joindre Documents/photos du matériel nécessaire

8. ÉMOTIONS

L'enfant est capable d'exprimer :

la douleur

de quelle façon

Émotions (joie, tristesse, peur, colère...)

de quelle façon

Les petits moyens pour aider à soulager

Musique

Jouets

Doudou

Autres

Les gestes ou attitudes à éviter

HABITUDES

Ce qu'il aime faire	Ce qu'il aime moins ou pas faire	Ce qui peut déclencher des peurs, du stress

Mis à jour le