

LE CARNET DE ROUTE

Accueil de jour



Ce carnet est un document indispensable pour mieux connaître votre enfant, ses habitudes, son état de santé. Il nous sera utile pour veiller à sa sécurité, son bien-être et pour l'accompagner au mieux.

Merci de le compléter avec le plus de détails possibles.

1. Renseignements généraux

Je m'appelle :

.....

J'habite à :

.....

.....

Je suis né(e) le :

Mes parents :

Prénoms : papa maman

Contacts : téléphone maison.....

Téléphone : Travail :

Gsm :

Mes frères ou mes soeurs :

.....

.....

En cas d'absence, (personne de confiance) contacter :

.....

Habituellement, je vis à la maison – à l'école– à l'internat – dans un service

Résidentiel -

.....

Si vous souhaitez contacter là-bas quelqu'un qui me connaît bien :

.....

.....

Mes loisirs :

.....

.....

.....

.....

J'ai déjà l'habitude de partir : à l'occasion, je vais

.....

2. Renseignements médicaux

Les coordonnées de mon médecin traitant.....

Son adresse :
.....
.....

Son téléphone :

Le diagnostic de mon handicap :
.....

Si je dois expliquer les conséquences de mon handicap à quelqu'un, je dis :
.....
.....
.....

Mon groupe sanguin est : Rhésus.....

J'ai reçu le vaccin antitétanique : oui / non
De quand date le dernier rappel ?.....

Je souffre :

- **d'épilepsie ?** oui / non
Si oui, quelle est la fréquence des crises ?.....

Quels sont les signes qui annoncent une crise ?.....

Quelle est la procédure à suivre en cas de crise ?.....
.....

- **d'allergies ?** oui / non
Lesquelles ?.....

Allergie à certains médicaments ? oui / non
Lesquels ?

- **de diabète ?** oui / non
Précautions particulières :

- **d'une autre maladie ?** oui / non
Laquelle ?

- de difficultés sensorielles : oui / non

Je vois bien – je vois modérément – faiblement – je ne vois pas

Je porte des lunettes ? Oui / oui, mais à certains moments / non

Remarques :

J'entends bien - j'entends modérément – faiblement – je n'entends pas

Je porte un appareil auditif : oui / oui, mais à certains moments / non

Remarques :

Il est nécessaire de me mettre des bouchons dans les oreilles en cas de baignade ou de bain ? oui / non

J'ai besoin de soins médicaux ? oui / non

Lesquels ?

.....

.....

.....

.....

Je dois prendre des médicaments : oui / non

Si oui, remplissez la fiche ci-dessous

Nom du médicament	Heure	Comment je les prends

Autorisation concernant l'administration de médicaments :

Je soussigné(e), M/Mme..... père, mère, tuteur, tutrice de autorise les responsables de l'activité de loisirs à administrer à mon enfant durant son séjour la médication ci-dessus mentionnée.

Fait à, le.....

Signature :

Remarques et précautions particulières :

.....

.....

.....

.....

.....

3. Autonomie

Déplacements :

Habituellement, pour me déplacer :

J'utilise une voiturette – un tricycle – une tribune - je me déplace avec aide -
je marche en utilisant des points d'appui – je me déplace seul

Je suis appareillé : oui / non

Je mets mon appareillage seul / j'ai besoin d'aide / il faut le faire pour moi

Je le porte tout le temps/ uniquement à certains moments :

.....

Je me fatigue vite :

Il faut veiller à

.....

Alimentation :

Je mange seul / Je mange avec aide / il faut me donner à manger

Ma nourriture est mixée – coupée

Je bois seul / avec aide / il faut me donner à boire

Je bois habituellement : au verre - au canard - à la paille -

Si j'ai faim ou soif, je sais demander à manger ou à boire : oui / non

Je risque de faire des « fausses routes » : oui / non

Dans ce cas, il faut prendre quelques

précautions.....

.....

.....

Mes goûts :

Mes plats préférés

Ce que je n'aime pas du tout.....

Mes petites habitudes

.....

.....

.....

Hygiène et toilette :

Je vais aux toilettes : seul / avec assistance / non

J'utilise des toilettes adaptées :

Je dois aller aux toilettes à heures fixes.....

Heures ?.....

Je demande / Je ne demande pas / j'exprime ma demande de cette façon :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pour m'habiller :

Je me débrouille seul / j'ai besoin d'aide / tu dois le faire pour moi.

.....

.....

4. Communication

Je comprends :
Certains mots
Certaines phrases.....
Des signes ou des gestes.....
Des pictogrammes ou des images.....
Je m'exprime :
Par des mots
A l'aide d'images, de pictogrammes, de photos,
Par les yeux, des signes de tête, des rires, des vocalises, des pleurs, des cris,
Autres :
Si je veux dire non, je.....
Si je veux dire oui, je.....
Si je m'ennuie je.....
Si j'ai mal, je
Si je suis content, je
Si je ne suis pas content, je.....
Si j'ai besoin d'aide, je sais le demander.....
Si je suis fatigué.....
Il faut être vigilant à
.....
.....

5. Comportements

Lorsque je joue :
Ce que je déteste :
.....
Ce que j'aime le plus.....
.....
Ce qui me fait peur.....
.....
Je sais respecter les consignes : oui / non
Lorsque je suis en groupe, il faut faire attention à
.....
.....
- à quoi faire attention en particulier ?.....
.....
.....
Il m'arrive d'avoir des attitudes ou des comportements qui peuvent être vécu
difficilement par mon entourage :
Vis-à-vis de moi-même, je peux.....
.....
Vis-à-vis des autres, je peux.....
.....
Dans ces situations, il est préférable de.....
.....
.....

