

# LE CARNET DE ROUTE

## Hébergement



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

Remarques .....

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 demande 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 :

.....

.....

Je porte des langes : oui / non

Uniquement la nuit/ également le jour

Pour ma toilette après le change, il faut.....

.....

.....

## 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.....  
.....  
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.....  
.....  
.....

## 6. Le Sommeil

Habituellement, je fais une sieste : oui / non  
Si oui, à partir de ....heures jusque ....heures.  
Il faut faire attention à .....  
.....

Je montre que je suis fatigué quand.....  
.....  
.....

Le soir, je vais dormir vers .....

Avant de m'endormir, j'ai besoin de  
-un doudou, ou un nounours ou .....  
-un rituel .....  
.....  
.....

Faut-il laisser une veilleuse allumée ? oui / non  
La porte doit elle être ouverte ou fermée ? oui / non  
Ma position habituelle pour dormir est.....  
.....  
.....

Durant ma nuit, il faut me changer de position ? oui / non  
Comment procéder : .....  
.....  
.....

Il faut me mettre un lange pour la nuit / pour la sieste

Si je ne sais pas m'endormir, ou si je me réveille durant la nuit, il faut.....  
.....  
.....



J'ai le sommeil : profond / normal / léger / très léger  
Le bruit ne me dérange pas/ me dérange / Je suis très sensible au bruit  
La lumière ne me dérange pas/ me dérange/ Je suis très sensible à la lumière

Je me réveille vers .....heures  
Le matin, il faut faire attention à .....  
.....  
.....  
.....

**Pour m'habiller :**  
Je me débrouille seul / j'ai besoin d'aide / il faut le faire pour moi.  
Il faut faire attention à .....  
.....  
.....

## 7. Divers

Attention, j'ai besoin d'équipement particulier.....  
.....  
.....  
.....

Pour utiliser correctement cet équipement, il ne faut pas oublier :  
.....  
.....  
.....

Remarques : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....