

CARNET DE ROUTE

Mieux me connaître

Ce carnet est un document indispensable pour mieux connaître l'enfant, ses habitudes, ses besoins spécifiques et ses compétences.

Il nous sera utile pour veiller à sa sécurité, son bien-être et pour l'accompagner au mieux.

Ce carnet est confidentiel et doit rester en la seule possession de l'animateur·trice référent·e, du/de la coordinateur·trice du stage et des animateurs·trices du groupe auquel appartient l'enfant.

Les informations importantes reprises dans la fiche d'identité de l'enfant peuvent être partagées à l'ensemble du personnel présent sur le lieu du stage.

Ce carnet de route appartient à :

1. Renseignements généraux

Je m'appelle

Ma date de naissance est

Mon numéro d'identité national est le

Mes parents/tuteurs sont :

Prénom et nom : Prénom et nom :

GSM : GSM :

Email : Email :

Prénom et âge de mes frères et sœurs :

Les autres personnes autorisées à venir me chercher (babysitter, grand-parents, etc.) sont :

Prénom et nom : Prénom et nom :

Lien avec moi : Lien avec moi :

GSM : GSM :

Email : Email :

Autres contacts utiles en cas d'urgence :

Prénom et nom : Prénom et nom :

Lien avec moi : Lien avec moi :

GSM : GSM :

Email : Email :

L'adresse de mon lieu de vie (maison, centre en résidentiel, etc.) est :

.....

Mon école/centre/service d'accompagnement est :

Les personnes ressources (professeur-e, éducateur-trice, logopède, etc.) sont :

Prénom et nom : Prénom et nom :

Lien avec moi : Lien avec moi :

GSM : GSM :

Email : Email :

Ce qui me rend si spécial (mon handicap/trouble) et mes besoins spécifiques sont : ...

.....

.....

.....

.....

Ce dont je ne me sépare jamais (ma tutute, mon doudou, un jouet...) et/ou quelque chose à éviter :

.....

.....

.....

Mes expériences antérieures en activités extrascolaires (en inclusion ou non) :

.....

.....

.....

.....

2. Renseignements médicaux

Je souffre de :

Trouble	Commentaires (fréquence, signes annonciateurs, procédure, précautions)
Epilepsie	
Allergies/intolérances	
Diabète	
Constipation/diarrhée	
Autres	

Les soins médicaux dont j'ai besoin :

.....
.....
.....
.....
.....

Attention : aucun médicament ne sera administré sans attestation écrite du médecin traitant (cachet obligatoire)

Je dois prendre des médicaments :

Nom des médicaments	Pris à la maison	A prendre sur le lieu de stage	Comment les prendre ?	Dosage

2.1. Les difficultés sensorielles

Je rencontre des difficultés sensorielles :

Sens	Commentaires (oui/oui mais à certains moments)
Vue : - lunettes - lentilles de contact	
Ouïe : - appareil auditif	
J'ai une hypersensibilité/hyposensibilité	
Autres	

Sens	Hypersensible	Hyposensible
Vue	Ne supporter aucune lumière vive	Être très attiré par les objets brillants
Ouïe	Se couvrir les oreilles quand les gens parlent entre eux	Aimer le bruit des sirènes
Toucher	Ne pas aimer être touché	Être ou paraître insensible à la douleur
Odorat	Ne pas vouloir manger un aliment parce que l'odeur est ressentie comme insupportable	Aimer les odeurs fortes et désagréables
Goût	Sélectionner la nourriture	Ingurgiter des choses non comestibles ou au goût très prononcé
Sens de l'équilibre	Assis en hauteur, être angoissé de ne pas sentir ses pieds toucher le sol	Tournoyer longtemps sans être pris de vertige
Proprioception	Adopter des postures corporelles étranges	Ne pas être conscient de certains signes corporels comme la soif

Comment cela s'exprime chez moi et ce qui peut me rassurer (drap, tente, sac lourd...) :

Conseils des parents/tuteurs/personnes ressources :

2.2. Hygiène

Actions	Selon les parents/tuteurs		Selon les personnes ressources		Commentaires
	Oui	Non	Oui	Non	
Je suis propre	Oui	Non	Oui	Non	
Je porte des langes	Oui	Non	Oui	Non	
Je vais à la toilette :	- Seul-e - avec une aide		- Seul-e - avec une aide		
Je m'exprime et demande pour aller à la toilette	Oui	Non	Oui	Non	
Je dois aller aux toilettes à heures fixes	Oui	Non	Oui	Non	
Pour m'habiller, je me débrouille :	- Seul-e - avec une aide		- Seul-e - avec une aide		
Il faut veiller à mettre mes vêtements dans un certain ordre	Oui	Non	Oui	Non	

Conseils des parents/tuteurs/personnes ressources :

2.3. Alimentation

Actions	Selon les parents/tuteurs		Selon les personnes ressources		Commentaires
	Oui	Non	Oui	Non	
Si j'ai faim ou soif, je sais demander à manger ou à boire	Oui	Non	Oui	Non	

Je bois :	<ul style="list-style-type: none"> - Seul-e - Avec de l'aide (verre spécifique, paille, etc.) 		<ul style="list-style-type: none"> - Seul-e - Avec de l'aide (verre spécifique, paille, etc.) 		
Je mange :	<ul style="list-style-type: none"> - Seul-e - Avec de l'aide (couverts spécifiques par exemple) 		<ul style="list-style-type: none"> - Seul-e - Avec de l'aide (couverts spécifiques par exemple) 		
Je mange :	<ul style="list-style-type: none"> - Très lentement - A vitesse normale - Très vite 		<ul style="list-style-type: none"> - Très lentement - A vitesse normale - Très vite 		
Ma nourriture est mixée ou coupée	Oui	Non	Oui	Non	
Je peux faire des fausses routes	Oui	Non	Oui	Non	

➤ Quel est mon rapport à la nourriture ?

➤ J'ai un régime particulier à suivre :

➤ Mes aliments et plats préférés sont :

➤ Je refuse certains aliments :

➤ Mes habitudes :

Conseils des parents/tuteurs/personnes ressources :

3. Développement de l'enfant

3.1. Communication

Actions	Selon les parents/tuteurs		Selon les personnes ressources		Commentaires
	Oui	Non	Oui	Non	
Je fais des phrases de quelques mots	Oui	Non	Oui	Non	
J'utilise le langage écholalique (l'enfant répète mot pour mot une question qu'on lui pose)	Oui	Non	Oui	Non	
Je m'exprime par des sons (rires, vocalises, pleurs, cris, ...)	Oui	Non	Oui	Non	
Je fais des signes ou des gestes pour m'exprimer (yeux, signes de la tête, langue des signes, SESAME, Cogamo)	Oui	Non	Oui	Non	
J'utilise des pictogrammes, des images ou une tablette	Oui	Non	Oui	Non	
Je regarde mon interlocuteur	Oui	Non	Oui	Non	
Je veux communiquer avec les autres	Oui	Non	Oui	Non	
J'exprime des émotions	Oui	Non	Oui	Non	
Je comprends les sentiments des autres	Oui	Non	Oui	Non	
Je comprends/je réalise des consignes simples	Oui	Non	Oui	Non	

J'écoute attentivement en groupe	Oui	Non	Oui	Non	
J'utilise un calendrier adapté/ludique/avec des pictogrammes	Oui	Non	Oui	Non	
J'utilise un rituel en début et/ou en fin d'activité	Oui	Non	Oui	Non	
Je gère le temps en utilisant un sablier, un timer...	Oui	Non	Oui	Non	

- 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-e, je :

- Si je ne suis pas content-e, je :

- Si j'ai besoin d'aide, je :

- Si je suis fatigué-e, je :

- Si je veux poser une question, je :

Conseils des parents/tuteurs/personnes ressources :

3.2. Comportement

Actions	Selon les parents/tuteurs		Selon les personnes ressources		Commentaires
Je peux être concentré-e sur une activité :	<ul style="list-style-type: none"> - 10min - 20min - 30min - 1h - 2h 		<ul style="list-style-type: none"> - 10min - 20min - 30min - 1h - 2h 		
J'ai des difficultés à rester assis-e	Oui	Non	Oui	Non	
Je ne sais pas attendre mon tour	Oui	Non	Oui	Non	
Je refuse souvent les contraintes	Oui	Non	Oui	Non	
J'ai des comportements stéréotypés (mouvements inhabituels comme le flapping...), je tourne sur moi-même...	Oui	Non	Oui	Non	
Je cours et grimpe partout	Oui	Non	Oui	Non	
Je me mets en colère subitement	Oui	Non	Oui	Non	
Je fugue	Oui	Non	Oui	Non	
J'ai conscience du danger	Oui	Non	Oui	Non	

Conseils des parents/tuteurs/personnes ressources :

3.3. Sociabilité

Actions	Selon les parents/tuteurs		Selon les personnes ressources		Commentaires
	Oui	Non	Oui	Non	
Je demande la permission pour utiliser quelque chose d'autrui	Oui	Non	Oui	Non	
Je peux partager des objets avec d'autres enfants	Oui	Non	Oui	Non	
Je joue avec d'autres enfants	Oui	Non	Oui	Non	
J'ose m'affirmer	Oui	Non	Oui	Non	
J'entreprends des jeux imaginatifs avec d'autres enfants	Oui	Non	Oui	Non	
Je comprends les règles sociales	Oui	Non	Oui	Non	

Vis-à-vis des autres et de moi-même, je peux :

Actions	Selon les parents/tuteurs		Selon les personnes ressources		Commentaires
	Oui	Non	Oui	Non	
Avoir des attitudes ou comportements qui peuvent être vécu difficilement par mon entourage	Oui	Non	Oui	Non	
Me frapper	Oui	Non	Oui	Non	
M'automutiler	Oui	Non	Oui	Non	
Me mordre	Oui	Non	Oui	Non	

M'arracher les cheveux	Oui	Non	Oui	Non	
Me frapper la tête	Oui	Non	Oui	Non	
Autres	Oui	Non	Oui	Non	

Dans ces situations, il est préférable de :

J'ai des préoccupations persistantes (utilisation des objets de façon atypique, obsessions pour certains objets ou pour certaines choses) :

Ce qui me fait peur (moto, cris, bruits, musique trop forte, bagarres, du noir...) :

Comment peut-on me rassurer ?

Conseils des parents/tuteurs/personnes ressources :

3.4. Affectivité

Actions	Selon les parents/tuteurs		Selon les personnes ressources		Commentaires
	Oui	Non	Oui	Non	
Je choisis mes ami·e·s	Oui	Non	Oui	Non	
J'aime/je donne des câlins	Oui	Non	Oui	Non	
Je découvre ma sexualité	Oui	Non	Oui	Non	

Conseils des parents/tuteurs/personnes ressources :

3.5. Motricité

Actions	Selon les parents/tuteurs		Selon les personnes ressources		Commentaires
	Oui	Non	Oui	Non	
Je frappe/attrape du pied une balle	Oui	Non	Oui	Non	
Je fais preuve d'adresse et de souplesse	Oui	Non	Oui	Non	
Je suis capable de :	<ul style="list-style-type: none">- Dessiner- Peindre- Colorier- Tenir un pinceau- Tenir des ciseaux		<ul style="list-style-type: none">- Dessiner- Peindre- Colorier- Tenir un pinceau- Tenir des ciseaux		
Je sais :	<ul style="list-style-type: none">- Faire une boule en pâte à modeler- Construire une tour avec des blocs		<ul style="list-style-type: none">- Faire une boule en pâte à modeler- Construire une tour avec des blocs		

Conseils des parents/tuteurs/personnes ressources :

3.6. Mobilité

Actions	Selon les parents/tuteurs		Selon les personnes ressources		Commentaires
Je me déplace :	<ul style="list-style-type: none"> - Seul-e - Avec une aide partielle - Avec une voiturette - Avec un rollateur 		<ul style="list-style-type: none"> - Seul-e - Avec une aide partielle - Avec une voiturette - Avec un rollateur 		
Je porte tout le temps mon appareillage	Oui	Non	Oui	Non	
En sortie, je suis capable de me déplacer :	<ul style="list-style-type: none"> - Sur des courtes / longues distances - Pendant un temps court / long 		<ul style="list-style-type: none"> - Sur des courtes / longues distances - Pendant un temps court / long 		
Je sais monter ou descendre les escaliers seul-e	Oui	Non	Oui	Non	

Conseils des parents/tuteurs/personnes ressources :

4. Mes loisirs

Activités	Selon les parents/tuteurs		Selon les personnes ressources		Commentaires
Je préfère les activités :	<ul style="list-style-type: none"> - Calmes - Dynamiques - les deux 		<ul style="list-style-type: none"> - Calmes - Dynamiques - les deux 		
La musique	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	
Chanter	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	
Danser	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	
Les livres	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	
Les puzzles	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	
Les poupées	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	
Les voitures	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	
Les blocs/kapla	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	
Le vélo/la trottinette	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	
Me promener	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	
Le sport	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	
Courir	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	
La plaine de jeux	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	
La piscine	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	
Les jeux de sable	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	

Faire la cuisine	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	
Dessiner/peindre	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	
Les bricolages	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	
Les animaux	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	
Monter à cheval	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	
Me déguiser	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	
Faire du cirque	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	
Faire des blagues	J'aime	Je n'aime pas	J'aime	Je n'aime pas	
Autres :					

Conseils des parents/tuteurs/personnes ressources :

Finalement, quels sont mes forces et mes défis ?

Mes forces :

Mes défis :

La manière dont je veux être présenté-e au groupe :