

Fiche de renseignements pour mieux connaître votre enfant

Cette fiche nous aide à mieux comprendre votre enfant pour adapter notre accompagnement et l'aider à grandir dans de bonnes conditions.

(Version du 04/08/2025)

Informations sur l'enfant

Nom et prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Fille



Garçon



Adresse : _____



Informations sur les parents

Nom et prénom de la **mère** : _____

Adresse  : _____

Téléphone  : _____ Portable  : _____

Profession : _____

Nom et prénom du **père** : _____

Adresse  : _____

Téléphone  : _____ Portable  : _____

Profession : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence :  _____

Dispositif intégré Médico-Educatif Marie-Aimée Méraville

1, la Combe de Volzac – 15100 Saint-Flour

04 71 60 59 10 - direction@ime-saintflour.fr / secretariat@ime-saintflour.fr

Situation familiale & Conditions de vie

Type de famille :

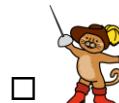
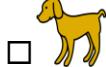


- Mariés
- Concubinage
- Famille monoparentale
- Famille recomposée

Lieu de vie :

- Maison
- Appartement
- Autre : _____

Animaux à la maison : Oui Non



Mode de garde : Crèche Assistante maternelle Autre : _____

Adresse et nom du lieu de garde  : _____



Frères et sœurs (demi-frères / demi-sœurs)

Prénoms, dates de naissance et âges :

-

-

-

Autres personnes importantes dans la vie de l'enfant ? (grands-parents, amis de la famille ...)



Transport :



L'enfant utilisera-t-il les transports du D.I.M.E ? Oui Non

L'enfant peut-il être laissé seul au domicile ou à l'arrêt de bus ? ? Oui Non

Si oui, indiquez les noms des personnes qui peuvent le récupérer :

Aide sociale à l'enfance

Avez-vous un travailleur social ? Oui Non

Nom et coordonnées : -----

Type de placement : ? Administratif Juridique

Autre : -----



Département : -----

Lieu de placement : -----

SI famille d'accueil, indiquez les coordonnées :

Date de début et de fin : -----

Mesures de protection :

Mesure d'assistance éducative : Aucune AEMO AED

Autre : _____

Mesure de protection des majeurs : Oui Non

Orientation MDPH (JOINDRE UNE COPIE)

Département :

Orientation : _____ Date Début _____ Date fin _____

AEEH : oui non Date Début _____ Date fin _____

Sécurité Sociale : N°

Assuré(é)

Mutuelle : Oui Non Organisme: _____

Aide financière : Bénéficiaire de prestations sociale Oui Non

Si oui, lesquelles ? CAF MSA Autre _____

Assurance : Responsabilité civile (numéro contrat et organisme)

Autres :

Santé et suivi médical

Nom du médecin traitant _____

Tél. : _____

Adresse _____



Autres intervenants : (psychologue, orthophoniste, CMP...) :

-

-

-

Antécédents médicaux ou risques connus :

Allergies :

Traitements en cours :

CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

Habitudes de vie :

Centres d'intérêts :

Points de vigilance :

Observations complémentaires :

Autonomie – Hygiène

Aide pour la toilette :

Se lave seul(e) 

A besoin d'aide pour : Cheveux Visage Dents Corps

Hygiène quotidienne :

Totalement autonome

Aucune autonomie

A besoin de rappel

Aide ponctuelle

Sait se moucher

Gère l'eau chaude/froide



Particularités (peur de l'eau, ne lave pas certaines parties du corps...) :



Habillage

S'habille seul(e) dans un ordre logique

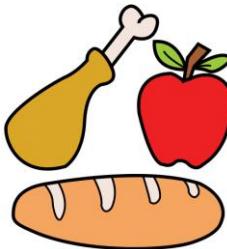
Maladroit(e)

A besoin d'aide

Choisit ses vêtements selon la météo ? Oui Non

Alimentation

- Mange seul(e)
- Boit seul(e)
- A besoin d'aide
- Utilise un matériel adapté
- Aucune autonomie



Appétit : Aucun Petit Moyen Gros

Alimentation : Normale Mixée Broyée Liquide

Suit un régime prescrit

Aliments préférés / dégoûts : _____

Allergies ou contre-indications : _____

Propreté



- Autonome aux toilettes
- Régulier
- Irrégulier
- Incontinence : Aucune Urinaire Fécale
- Tendance à la constipation : Oui Non
- Protection : Aucune Jour Nuit

En cas d'incontinence avérée, la famille doit fournir les protections nécessaires.

Gestion de la douleur

- En capacité de dire s'il (elle) a mal oui non
- En capacité de dire/montrer où il (elle) a mal oui non
- En capacité de dire combien il (elle) a mal
(*Échelle de douleur*) oui non
- Prend-t-il (elle) facilement les médicaments oui non
- Sirop Cachets)



Le sommeil et les émotions

Endormissement et qualité du sommeil :

Fait la sieste en journée : Oui Non

En capacité de dire s'il (elle) a peur oui non

Phobies :



Craintes :

Signatures

Fait le : _____

Signatures des parents :

Signature et fonction du professionnel :