

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 :  _____

Situation familiale & Conditions de vie

Type de famille :

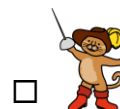


- ☐ Mariés
- ☐ Concubinage
- ☐ Famille monoparentale
- ☐ Famille recomposée


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 :

Traitement 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

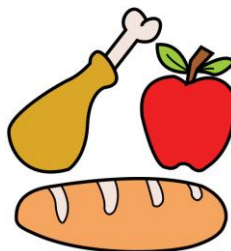
☐ Maladroit(e)

☐ 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 :