



# Etablissement d'accueil du jeune enfant

## Dossier de renseignements



Ce questionnaire permet de mieux connaître l'enfant en vue d'un accueil réussi et pertinent au sein de l'établissement d'accueil du jeune enfant. C'est un outil indispensable à l'équipe pour préparer au mieux l'accueil de l'enfant.

Il est donc utile que chaque question soit renseignée avec le plus de précision possible.

Prénom & Nom de l'enfant :

Date de Naissance :

Age : Sexe : M F

DATE : .... / .... / 2021

Photo de l'enfant

(si vous le souhaitez)

Pôle Ressources Handicap Petite Enfance  
Enfance et Famille 660 bis route d'Amiens  
Bat2 80480 DURY

☎ 03 22 33 69 62 ✉ [contact@prh80.fr](mailto:contact@prh80.fr)

[www.prh80.fr](http://www.prh80.fr)

**Identité et qualité** (parents, famille d'accueil, éducateur, assistante sociale...) **de la personne complétant le dossier :** .....

Adresse : .....Code postal - Ville : .....

📞 0 - - - - ou -----

✉ .....@.....

**Responsable légal :** (si différent).....

Adresse : .....Code postal - Ville : .....

📞 0 - - - - ou -----

✉ .....@.....

**Environnement de l'enfant : contexte familial et scolaire-extrascolaire :**

**Le lieu de vie :**

- Chez ses parents
- En famille d'accueil
- Dans un établissement spécialisé (Médico-social, médico-éducatif...) Si oui lequel ?.....

**La scolarité / Le suivi :**

- Dans un établissement d'accueil du jeune enfant « classique », .....

• **Le nom de l'établissement :** .....

• Coordonnées de la personne à contacter :

• 📞 0 - - - - ou - - - -

✉ .....@.....

**Pratique-t-il une activité sportive/culturelle ?**

Oui lesquelles.....  Non

**A-t-il déjà fréquenté ou fréquente-il un établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE) ?**

Oui (en quelle année, durée ou fréquence ?)  Non

**Avez-vous en votre possession des bilans de ces accueils à transmettre à la future équipe ?**  Oui  Non

Non, ce sera sa première expérience

**SANTÉ**

L'enfant a-t-il eu ou a-t-il encore des difficultés de santé (accident, crises convulsives, opération, hospitalisation, rééducation) ? Existe-t-il des précautions à prendre au quotidien ? Si oui, lesquelles ? Bénéficie-t-il d'un PAI ?

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

*NB: les éléments évoqués sur cette page ne se substitueront pas à la fiche sanitaire*

L'enfant est-il soumis à un traitement médical ou paramédical (kinésithérapeute, infirmière...):  Oui  Non

**Nom et téléphone du médecin ayant prescrit ce traitement :**

Médicament (s) et/ou acte (s)

Posologie

..... ① | - - - -

L'administration de ce traitement a-t-elle des effets secondaires (intolérance au soleil, perte d'appétit, fatigue excessive, perte d'énergie)?

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

L'administration de ce traitement nécessite-t-elle la présence d'un professionnel de la santé (infirmière-kinésithérapeute...)?

Oui (Si oui, merci d'apporter un complément d'informations)  Non

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

L'enfant est-il sujet à l'épilepsie ? non

Oui :  occasionnellement  fréquemment  épilepsie stabilisée

Pouvez-vous joindre le protocole à suivre en cas de crise et communiquer les conseils et contre-indications :

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

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier  Oui  Non

Si oui, de quel type (allergie, intolérance, diabète...) ? Pouvez-vous joindre les consignes particulières à appliquer pendant l'accueil (protocole d'accueil individualisé, menus types, coordonnées de l'éventuelle diététicienne, et/ou la fourniture des repas...)

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

Poids :.....kg

Taille:.....m.....

Quels sont les conseils concernant **la santé** de l'enfant utiles et importants de communiquer à l'équipe pour préparer au mieux l'accueil de l'enfant ?

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

## VIE QUOTIDIENNE

*Nous allons maintenant nous intéresser à la vie quotidienne de l'enfant selon 7 thématiques (comportement, communication, repos, hygiène, déplacements, activités/loisirs, comportement/relations). Nous vous proposons de compléter les tableaux suivants et de justifier le plus possible vos réponses.*

### COMPORTEMENT DOMESTIQUE

#### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Gère seul les quantités pendant le repas

oui non

Mange seul

oui non

Bénéficie-t-il d'ustensiles spécifiques pour manger ?  
Si oui lesquels (verres, biberons, becs verseurs...)

oui non

Les transitions ont-elles besoin d'être anticipées et accompagnées

oui non

- Changements de lieux
- Changement d'activités

### COMMUNICATION

#### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Communique par le langage

oui non

Utilise des moyens complémentaires : LSF-Pictogramme-Makaton...

oui non

Pointe avec son doigt pour s'exprimer

oui non

Va chercher la main de l'adulte pour le solliciter

oui non

Entre en relation avec ses pairs, engage une relation

oui non

Se fait comprendre, exprime ses envies et ses besoins

oui non



## HYGIENE HABILLEMENT

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Apprécie t'il le temps du change ?                      oui    non

Possède des rituels autour de la douche et/ou de l'habillement                      oui    non

A besoin d'accompagnement lorsqu'il va aux toilettes                      oui    non

S'habille seul                      oui    non

Reconnaît ses vêtements                      oui    non

A besoin d'être sollicité pour aller aux toilettes                      oui    non

Avez-vous des conseils concernant **l'hygiène, l'habillement et la gestion du linge** à communiquer afin d'accompagner au mieux l'enfant sur ce temps ? (accompagnement pour la douche, aide à l'habillage, accompagnement pour aller aux toilettes.....)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Joue, participe, s'intègre  
à une activité de groupe  
(8 enfants)      oui    non

Apprécie le contact de l'eau    oui    non

Apprécie les activités  
manuelles                      oui    non

Apprécie les activités spor-  
tives                              oui    non

Apprécie le théâtre, le  
chant,  
le cirque, la musique            oui    non

Quels sont ses centres d'intérêts, les activités qu'il pratique régulièrement ? Les jeux/jouets qu'il aime ?

.....  
.....

Y-a-t-il des activités à exclure en raison d'une incapacité, incompatibilité dans le cadre d'un établissement d'accueil du jeune enfant ?

.....  
.....

- Comment pourriez-vous décrire ses relations avec les autres enfants ?

(exemple : se met à retrait, s'exclut du groupe, est en capacité d'inviter un camarade à jouer, est influençable, est bienveillant avec les autres enfants)

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

- Comment pourriez-vous décrire ses relations avec les adultes ?

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

- Quel comportement a l'enfant en dehors du cadre de vie habituel ? Sorties-activités....

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

- Quelles peuvent être les difficultés majeures et que préconisez-vous pour les gérer ?

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

- Selon votre expérience, y-a-t-il un moyen d'éviter les difficultés ou de les anticiper ?

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

## ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DE L'ENFANT

- Quelles attitudes ou solutions fonctionnent selon vous face à des situations problématiques ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Nous vous proposons d'indiquer les divers renseignements non encore évoqués et utiles à communiquer à l'équipe d'animation qui accueillera l'enfant :

.....

.....

.....

.....

.....

