



Plan individuel d'apprentissage

Année :~.....

I. Fiche signalétique : le

Nom :

Prénoms :

Lieu de naissance : Date de naissance :

Nationalité :

Adresses :

Papa : Rue n°

Code postal : Localité :

Tél. fixe : GSM :

Autres :

Maman : Rue n°

Code postal : Localité :

Tél. fixe : GSM :

Autres :

Internat : Rue n°

Code postal : Localité :

Tél. fixe : GSM :

Autres :

Personne de référence :

.....

Qui vit dans la maison familiale ?

Chez papa :

Nom et lien de parenté	Age	Métier

Chez maman :

Nom et lien de parenté	Age	Métier

Autre(s) personne(s) de référence pour le jeune :

Nom et lien de parenté ou lien affectif	Lieu de vie	Autre(s) renseignement(s)

II. Rapport d'inscription :

Date :

Type d'enseignement :

Niveau :

III. Scolarité précédente :

Année	Ecole	Classe
.....
.....
.....

IV. Présentation du jeune :

Description du handicap de votre enfant :

.....

.....

.....

Prend-t-il des médicaments ? OUI - NON*

↪ En quelle quantité ?

Médicament	Heure	Quantité

Nom du médecin traitant :

Quelles sont les choses qu'il (elle) sait bien faire ?

.....

.....

.....

Quelles sont ses activités, ses occupations préférées ?

.....

.....

.....

* Biffer la mention inutile.

Quelles sont les choses qu'il (elle) a du mal à réaliser ?

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

Qu'est-ce qu'il (elle) n'aime pas faire ?

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

A-t-il (elle) un ou des animaux familier(s) ? OUI - NON*

.....

Comment s'appellent ses principaux compagnons de jeux ?

.....
.....

Quelles sont ses idoles ? (film, chanson, ...)

.....

A-t-il (elle) des objets fétiches ?

.....

A-t-il (elle) des peurs, des craintes ?

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

A-t-il (elle) des activités en dehors de l'école ?

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

Quelles sont les choses que vous aimeriez qu'il (elle) fasse dans notre école ?

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

Que souhaiteriez-vous qu'il (elle) apprenne à l'école ?

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

V. Habitudes à table :

Mange seul(e) :

Utilise un ou des couverts :

Boit seul(e) :

Demande à boire :

Est propre :

Sait se servir un mets : Une boisson :

Mange en quantités raisonnables :

Doit être limité(e) (surcharge pondérale) :

Mâche bien :

Aime manger : Digère bien :

VI. Mobilité :

Votre enfant se met-il parfois en danger ?

.....
.....

A-t-il (elle) des difficultés motrices particulières ? Lesquelles ?

.....
.....

A-t-il (elle) besoin d'une surveillance particulière ?

.....
.....

VII. Habitudes à la maison :

En rentrant à la maison, quelles sont ses activités préférées ?

.....
.....

A-t-il (elle) des rituels ?

.....
.....

A-t-il (elle) des activités régulières ? (courses, visites, ...)

.....
.....

Comment pensez-vous qu'il (elle) se repère par rapport aux autres activités que vous lui proposer ?

.....
.....

VIII. Habillement :

Votre enfant s'habille-t-il (elle) seul(e) ?

Votre enfant se chausse-t-il (elle) seul(e) ?

Dans quelles mesures a-t-il (elle) besoin d'aide ?

.....

Aime-t-il (elle) choisir ses vêtements ?

Sont-ils choisis en conséquence ?

Prend-t-il (elle) soin de ses effets personnels ?

Les reconnaît-il (elle) ?

IX. Toilettes :

Votre enfant va-t-il (elle) seul(e) aux toilettes ?

De quelle manière a-t-il (elle) besoin d'aide ?

Comment détecter qu'il (elle) doit se rendre aux toilettes ?

Votre fille gère t-elle seule ses menstruations (règles) ?

De quelle manière a-t-elle besoin d'aide ?

Se lave t-il (elle) les mains spontanément après les toilettes ?

Fait-il (elle) seul(e) sa toilette journalière ?

Comment se passe ce moment ?

.....

X. Divers :

Avez-vous envie d'ajouter quelque chose pour nous présenter votre enfant ?

.....

.....

Concernant :

ses fréquentations : (prénoms des jeunes de son âge , ...)

.....

.....

Son sommeil : (heures de lever, de coucher)

.....

.....

