Coopérative de solidarité La Belle Amitié

**REPIT FIN DE SEMAINE**

**FORMULAIRE DU PARTICIPANT**

**CONSERVEZ LES PAGES 1 À 4 POUR RÉFÉRENCE**

POUR L’INSCRIPTION, NOUS DEVONS RETROUVER DANS VOTRE ENVOI :

\* Le formulaire du participant au répit rempli avec une photo du participant.

\* Votre paiement d’inscription au répit de 280$/fin de semaine. \*

\* Paiement par chèque uniquement.

\* Merci d'identifier le nom du participant sur votre chèque.

Poster les documents dûment remplis à l'adresse suivante :

7740, boul Wilfrid Pelletier, Anjou, H1K 1L4

Ou remettre les documents en personne au répit.

* Le prix de 280$ peut être révisé à la hausse si, selon le profil de l’usager, on estime que ses besoins d’encadrement sont supérieurs à un ratio de 1 à 3.

Veuillez nous contacter avant d’envoyer votre chèque.

**VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DES INFORMATIONS SUIVANTES**

**TRANSPORT :**

Le transport doit être assuré par les parents ou par le transport adapté (arrivée pour 18h00 le vendredi, départ pour 16h00 le dimanche).

**POLITIQUE DE REMBOURSEMENT :**

Un remboursement complet sera fait jusqu'à deux semaines avant la fin de semaine de répit. Passé cette date, un montant de 50% vous sera remis en cas d’annulation. Aucun remboursement ne sera fait si l’annulation est faite moins de 24 heures avant le répit, ou s’il doit quitter plus tôt.

**COMMUNICATIONS:**

Pour toute urgence durant le répit de fin de semaine, vous pouvez appeler au 438-355-5550

Pour toutes autres questions, vous pouvez nous contacter au 514 758-9592 (Odile Saadé) ou 514 260-6830 (Guylaine Street) ou par un courriel [cdslabelleamitie@gmail.com](mailto:cdslabelleamitie@gmail.com).

**POLITIQUE DE RETARD:**

À compter de 16h15 le dimanche, chaque tranche de 5 minutes sera facturé au coût de

3,00$.

**COMPORTEMENT AGRESSIF:**

Tout comportement agressif, après évaluation de la coordonnatrice, peut être sanctionné par une suspension ou expulsion. Nous nous réservons également le droit de restreindre l’accessibilité au service en fonction de la situation. Toute sanction, mesure disciplinaire ou expulsion sera traitée selon la situation en collaboration avec la famille, les membres du CA et l’équipe d’intervenants concernés.

**PERSONNE À CONTACTER :**

Une personne doit être disponible en tout temps durant la fin de semaine (parent ou personne désignée à l’avance) pour venir chercher le participant en cas d’urgence. **Il est de votre devoir de vous assurer de la disponibilité de la personne et de nous transmettre ses coordonnées.**

**PROCÉDURE D’AVERTISSEMENT:**

o Un premier avertissement verbal est fait au participant et annoté au dossier. Une entente entre l’intervenant et le participant est effectuée et le parent /responsable est avisé.

o Un deuxième avertissement se fait par écrit en relatant l’événement et est porté au dossier. Une mise en garde est faite aux parents/responsables mentionnant le risque de suspension sans remboursement.

o Au troisième avertissement, avec l’autorisation des membres du CA, le participant sera expulsé jusqu’à une réévaluation de la condition de celui-ci avec documents à l’appui fournis par un éducateur ou un professionnel.

**MALADIE CONTAGIEUSE :**

Pour des raisons de sécurité et pour assurer le bien-être de tous, la coordination se donne le droit de retourner un participant lors de maladie contagieuse (gastro, grippe, fièvre) à la maison.

**Activités spéciales :**

Nous vous demandons d’envoyer avec le participant un billet de 20$ , dans une enveloppe identifiée à son nom, au cas où une activité spéciale est planifiée (exp. cinéma, partie de quilles, piscine, etc ..) cet argent vous sera remis à la fin du séjour s’il n’est pas utilisé.

**Vêtements de rechange :**

Veuillez prévoir des vêtements de rechange dans le sac du participant ainsi que des vêtements pour des activités ‘salissantes’ : jardinage, peinture, etc ..

Veuillez prévoir également : un maillot de bain, de la crème solaire , une crème hydratante et des souliers de marche.

**Alimentation et allergies :**

Nous suivons le guide alimentaire canadien dans le choix de nos menus mais il nous est malheureusement impossible d’assurer des diètes particulières qui demandent un contrôle important (ex. : diète sans gluten, allergies sévères ++, etc.)

**Produits fournis :**

literie, serviettes, shampoing et savon sont fournis par contre dentifrice , serviettes sanitaires ou couches ne le sont pas .

Nous servons une collation vendredi soir, 3 repas complets le samedi , le petit-déjeuner et le dîner du dimanche ainsi que des collations santé. Si le participant souhaite avoir des produits spécifiques, il peut les apporter avec lui mais il faudrait avertir la coordonnatrice.

Nous vous remercions de votre contribution au bon fonctionnement de notre répit de fin de semaine et comptons sur votre habituelle collaboration.

**TOUS LES MÉDICAMENTS DEVRONT ÊTRE REMIS A LA COORDINATION**

Pour la sécurité de tous dans le cadre de notre répit, nous voulons vous mentionner qu’il

est obligatoire de nous informer de toute médication que le participant s'est vu

prescrire qu'elle soit auto-administrée ou non. Le tableau Liste de la médication doit **OBLIGATOIREMENT** être rempli. Le but de cette procédure est de s’assurer que nous détenons toute l’information pertinente à transmettre aux corps médicaux advenant une urgence. Il est obligatoire que le membre ait en sa possession sa médication sous forme de

dispill. Le dispill sera remis au responsable en vue de l'administrer au participant.

Veuillez indiquer également la fréquence à laquelle la médication doit être prise.

N’oubliez pas de signer l’autorisation . Vous devez également nous avertir de tout changement dans l’état de santé de votre enfant.

Nous communiquerons avec vous :

* En cas d’accident avec conséquence

(ecchymose ou une douleur qui dépasse 5-10 minutes, etc.)

* Avant d’ administrer un tylénol ou autre.

Merci de votre collaboration.

L’équipe du répit

**Coopérative de solidarité La Belle Amitié**

|  |
| --- |
| **PHOTO** |

**INFORMATION SUR LE PARTICIPANT**

Nom du participant:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Âge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N0 d’assurance maladie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du père :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Domicile: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Travail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Cellulaire \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-

Autre personne en cas d’urgence : **(Obligatoire)**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone d’Urgence: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Transport adapté : OUI NON

Si oui N0 de dossier : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carte d’accompagnateur : OUI NON

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SANTE** | **OUI** | **NON** | **COMMENTAIRES** |
| Quel est le diagnostic médical du  participant ? (déficience  intellectuelle / trouble du spectre de  l’autisme / …) |  |  |  |
| Est-il épileptique ?  Si oui, précisez quel type de crise ?  Si oui, l’épilepsie est-elle contrôlée ? |  |  |  |
| A-t-il des problèmes de santé ?  (diabète, diète spéciale, asthme…) |  |  |  |
| A-t-il des limitations physiques,  visuelles ou auditives ?  Si oui, lesquelles ? |  |  |  |
| A-t-il des prothèses, orthèses ou  autre ? |  |  |  |
| Est-il porteur d’une maladie  chronique transmissible  (hépatite,..)? (Réponse optionnelle) |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SOCIAL** | **OUI** | **NON** | **COMMENTAIRES** |
| Quelle langue parle-t-il?  (français, anglais,...) |  |  |  |
| Est-il capable de comprendre des  consignes?  (simple ou complexe) |  |  |  |
| Communique-t-il avec ses pairs? |  |  |  |
| Joue-t-il avec ses pairs? |  |  |  |
| Partage-t-il les jeux avec les autres? |  |  |  |
| A-t-il des problèmes de  comportement ?  (hyperactivité, crise, fugue, agressivité) |  |  |  |
| Reconnaît-il le danger ? |  |  |  |
| A-t-il des peurs particulières ? |  |  |  |
| A-t-il des comportements sexuels  dérangeants ?  Si oui, lesquels et à quelle  fréquence ? |  |  |  |
| Que fait-il quand on lui refuse  quelque chose ? |  |  |  |

Au mieux de votre connaissance, quelles raisons pourraient expliquer ses crises, s’il y a lieu ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Raisons possibles | Son comportement | Votre intervention |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| HYGIENE | OUI | NON | COMMENTAIRES |
| Est-il incontinent (porte-t-il des  couches, pull-up…) ?  Si oui, durant la journée ? La nuit ?  Précisez. |  |  | A fournir SVP |
| A-t-il besoin d’aide à la toilette?  Si oui, quel type d’assistance? |  |  |  |
| A-t-elle ses menstruations?  Si oui, a-t-elle besoin d’aide pour  son hygiène? |  |  | Serviettes sanitaires à fournir SVP |
| À quelle fréquence se  lave-t-il? |  |  |  |
| Prend-il seul sa douche ?  Si non, de quel type d’assistance a-t-il besoin? |  |  |  |
| Doit-on lui laver les cheveux ?  Si oui, à quelle fréquence ? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AUTONOMIE** | **OUI** | **NON** | **COMMENTAIRES** |
| A-t-il besoin d’aide pour s’habiller? |  |  |  |
| Reconnait-il ses effets personnels ? |  |  |  |
| Est-il capable de demander de l’aide ? |  |  |  |
| Reste-t-il assis pendant 5 minutes ? |  |  |  |
| Y a-t-il des mouvements qui lui sont  impossibles ? Si oui lesquels ? |  |  |  |
| A-t-il besoin d’aide pour monter /  descendre des escaliers ? |  |  |  |
| Porte-t-il des choses à sa bouche ? |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **REPAS / NOURRITURE** | **OUI** | **NON** | **COMMENTAIRES** |
| A-t-il besoin d’aide pour manger et  boire? |  |  | IMPORTANT |
| A-t-il des allergies ? Intolérances ?  Si oui lesquelles ? |  |  | IMPORTANT |
| A-t-il un régime alimentaire  particulier ? ou des aliments qu’il n’aime pas (végétarien, sans porc, …) |  |  |  |
| Va-t-il demander à manger  fréquemment en dehors des heures  de repas ou pendant la nuit ?  Doit-on limiter la quantité de nourriture? |  |  |  |
| Au moment des repas, pourrait-il  essayer de prendre la nourriture  dans l’assiette de son voisin de  table ? |  |  |  |
| Mange-t-il très lentement,  normalement ou rapidement ?  Précisez. |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **COUCHER / NUIT** | **OUI** | **NON** | **COMMENTAIRES** |
| A quelle heure se couche-t-il  normalement ? |  |  |  |
| A-t-il un rituel particulier pour le  coucher ? |  |  |  |
| Dort-il avec une doudou, un toutou ? |  |  |  |
| Porte-t-il des protections (couches)  la nuit ? Si oui faut-il la changer  pendant la nuit ? |  |  | A FOURNIR SVP |
| A-t-il l’habitude de se réveiller dans  la nuit (Ex : Pour aller aux toilettes)?  Si oui, a-t-il besoin d’assistance ? |  |  |  |
| A-t-il peur du noir ?  Si oui, veut-il de la lumière / veilleuse ? |  |  |  |
| Veut-il dormir la porte fermée ? |  |  |  |
| Ronfle-t-il ? (apnée du sommeil, bruits  durant la nuit) a-t-il une machine ? |  |  |  |
| Peut-il dormir dans une chambre  avec un autre participant ? |  |  |  |
| S’endort-il facilement ? |  |  |  |
| S’il ne s’endort pas facilement,  qu’est-ce qui l’aide ? |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **LEVER** | **OUI** | **NON** | **COMMENTAIRES** |
| À quelle heure se réveille-t-il en  général les fins de semaine ? |  |  |  |
| A-t-il une routine particulière ? |  |  |  |
| Se réveille-t-il tout seul ?  Si non, à quelle heure faut-il le  réveiller ? |  |  |  |
| A-t-il certaines restrictions par rapport  à des activités ? |  |  |  |
| Peut-il utiliser des feutres et crayons  de couleurs ? |  |  |  |
| Peut-il utiliser un ciseau ? |  |  |  |
| Peut-il écouter un film ? |  |  |  |
| Quelles sont ses activités intérieures  préférées ? |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TRANSPORT** | **OUI** | **NON** | **COMMENTAIRES** |
| Fait-il seul ses trajets? |  |  |  |
| Utilise-t-il le transport adapté ?  Si oui, inscrire le numéro du dossier  **(obligatoire)** |  |  |  |
| Utilise-t-il une carte Opus ou des  billets? |  |  |  |
| Heure d’arrivée prévue? (à partir du  vendredi 18h) |  |  |  |
| Le participant sera-t-il conduit par un  parent ou un ami pour aller au répit ?  Si oui, précisez nom et numéro de  téléphone de la personne. |  |  |  |
| **ACTIVITES EXTERIEURES** | **OUI** | **NON** | **COMMENTAIRES** |
| Joue-t-il au parc?  Si oui, précisez ce qu’il aime. |  |  |  |
| Aime-t-il se balancer?  Si oui, a-t-il besoin d’aide? |  |  |  |
| Peut-il faire des sorties ?  Si oui, combien de temps maximum  avant d’être fatigué ou de vouloir  rentrer ? |  |  |  |
| A-t-il besoin d’une chaise roulante pour l’extérieur ? |  |  | A FOURNIR SVP |
| Sait-il nager?  Si non, a-t-il besoin d’une veste de  flottaison? |  |  |  |
| A-t-il une carte VATL (Vignette  d’accompagnement touristique et de  loisir) ? |  |  |  |
| Quelles sont ses activités extérieures  préférées ? |  |  |  |
| **MEDICAMENTS** | **OUI** | **NON** | **COMMENTAIRES** |
| Le participant prend-il des  médicaments ? Si oui, spécifiez la  méthode de prise (Ex : le participant  le prend seul avec un verre d’eau, jus, lait, etc .. avec de l’aide dans de la  nourriture?) |  |  |  |
| Prend-il ses médicaments seul ? |  |  |  |



**Médication**

Le participant prend-il de la médication : OUI nnn NON

\*Si oui, joindre une copie de la liste des médicaments (ou remplir le tableau ci-dessous) et signez l’autorisation Médication ci-dessous

|  |
| --- |
| **Autorisation médication**  J’autorise les responsables du répit à la Coop de solidarité La Belle Amitié à administrer la médication du participant :  OUI NON  Signature du parent ou responsable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Liste de la médication**

Remplir ce tableau OU coller la liste remise par votre pharmacie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM DU MÉDICAMENT** | | **POSOLOGIE** (nombre de comprimés à donner)  Notez l’heure si besoin | | |
|  | **MATIN** | **DINER** | **SOUPER** | **COUCHER** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |



|  |
| --- |
| **AUTORISATION RENSEIGNEMENT**  J’autorise la Coopérative de solidarité La Belle Amitié à transmettre des renseignements nominatifs tels que le nom, l’adresse et les services obtenus à des fins de subvention.    OUI, j’autorise NON, je n’autorise pas  Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Autorisation photos**  J’autorise la Coopérative de solidarité La Belle Amitié à prendre des photos qui pourraient être utilisées pour notre site web ou sur nos réseaux sociaux (Facebook, Instagramme )    OUI, j’autorise NON, je n’autorise pas  Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      Signature du parent ou responsable \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

|  |
| --- |
| **RESPECT DES POLITIQUES 2019**  Je comprends les politiques suivantes (en page 1 à 3):  Transports  Remboursements  Retards  Avertissements  Je déclare que toute l’information sur le participant est véridique et exacte. J’ai pris  connaissance des politiques et je m’engage à les respecter.  Signature du parent ou responsable :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |



**DÉSISTEMENT DE RESPONSABILITÉS**

|  |
| --- |
| **ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PAR LE PERSONNEL DU RÉPIT**  J’autorise les coordonnateurs du répit 2019 à administrer le médicament tel qu'indiqué  dans les instructions ci-jointes à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (nom du participant)  De plus, je dégage les responsables ainsi que la Coopérative de solidarité La Belle Amitié de toute responsabilité concernant les conséquences de l’administration des médicaments  mentionnés dans la fiche d’inscription du participant à la fréquence et à la dose  indiquées.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Date**  **Signature du parent ou responsable** |

|  |
| --- |
| **AUTORISATION DE DÉPART**  Vous êtes priés de fournir une autorisation de départ seul si personne ne vient chercher  le participant. Aucune personne ne pourra quitter seule le répit sans cette autorisation.  Notez que nous ne sommes pas responsables des déplacements des participants en  dehors des heures de la fin de semaine de répit.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Date**  **Signature du parent ou responsable**    **AUTORISATION DE DEPLACEMENT SEUL DURANT LE REPIT**  M./ Mme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (nom du participant)  Est autorisé à se déplacer seul durant le répit de fin de semaine  Nous ne sommes pas responsables de ses déplacements durant la fin de semaine de répit.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Date**  **Signature du parent ou responsable** |



|  |
| --- |
| **AUTORISATIONS CRÈME SOLAIRE 2019**  J’autorise les intervenants du répit à appliquer de la crème solaire (**fournie par vous**) advenant le cas où le participant n’est pas capable de le faire seul  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (nom du participant)  De plus, je dégage les personnes susmentionnées ainsi que la Coopérative de solidarité La Belle Amitié de toute responsabilité concernant les conséquences de l’application de la crème solaire afin d’éviter les coups de soleil.  Advenant le refus de signer la présente autorisation, nous nous réservons le droit  encore de refuser sa participation à une activité et/ou sortie extérieure.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature du parent ou responsable |

|  |
| --- |
| **AUTORISATION DE SORTIES RÉPIT 2019**  J’autorise\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (nom du participant)  à participer à toutes les sorties organisées durant les fin de semaines où le participant  fréquentera le répit. Si pour une raison quelconque je ne veux pas qu’il aille à une sortie  planifiée, j’en informerai le répit le plus tôt possible et le garderai à la maison.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature du parent ou responsable |
| **AUTORISATION ACTIVITÉS CULINAIRES 2019**  La présente est pour vous aviser que nous avons des activités culinaires dans la  programmation de notre répit.  Afin de nous assurer de la sécurité de nos participants, nous vous demandons de nous  indiquer s’il y a des contraintes alimentaires telles que des allergies ou intolérances.  Si vous avez des restrictions, veuillez-nous le mentionner par un mot écrit avec signature. La signature de cette feuille atteste votre autorisation à l’activité.  Nom du participant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature du parent ou responsable |

**INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES**

Dans le but de faciliter l’intégration de votre enfant à notre répit et de rendre son séjour le plus agréable possible, vous pouvez ajouter sur cette feuille tous les éléments qui vous semblent utiles et pertinents

A titre d’exemples :

1. Les aliments qu’il aime et ceux qu’il n’aime pas
2. Les sons ou bruits qui le dérangent
3. Ses activités préférées
4. Ses sujets ou ses objets préférés
5. Des détails sur la famille (fratrie, parents, etc ..)
6. Les noms des personnes proches de lui (amis, intervenants, parenté, etc ..
7. Ses films ou émissions préférés, etc ..

N’hésitez-pas à mettre dans le sac de votre enfants quelques objets de la maison qui peuvent le sécuriser (toutou, doudou, photos , etc ..)