



2 rue Simone Veil  
35380 PLELAN le GRAND  
02 99 06 88 90

# JEUNESSE

## ACCUEIL AVEC BESOINS SPÉCIFIQUES

Pour le temps placé sous la responsabilité des équipes d'animation de l'Inter'Val au sein  
des Espaces Jeunes de MAXENT, MONTERFIL, PAIMPONT, PLELAN LE GRAND,  
TREFFENDEL ET SAINT PÉРАН

PHOTO DU JEUNE

*Merci de remplir ce par quoi vous êtes concernés.*

### INFORMATIONS GÉNÉRALES :

**Le jeune :** Nom : ..... Prénom .....

Date de naissance :        /        /

**Responsable légal :** Nom : ..... Prénom .....

Contact en cas d'URGENCE :

### NATURE DES DIFFICULTÉS OU DES BESOINS SPÉCIFIQUES (allergie, problème de santé, handicap, ...) :

Préciser :

### REPÈRES POUR L'ACCOMPAGNEMENT DU JEUNE

<b>Autonomie et vie quotidienne</b> <i>Le jeune est-il autonome pour s'habiller, se déplacer, prendre ses médicaments, aller aux toilettes, gérer son matériel, manger ? A t-il besoin d'une aide humaine ? Utilise-t-il du matériel spécifique ?</i>	
<b>Participation aux activités</b> <i>Y a t-il des activités contre-indiquées ? Des aménagements nécessaires ? Y a t-il une fatigabilité particulière ?</i>	
<b>Centres d'intérêts et forces</b> <i>A-t-il des centres d'intérêts spécifiques ? Qu'aime-t-il ? A-il des forces particulières ?</i>	
<b>Activités ou situations moins appréciées</b> <i>Y a t-il des activités qu'il n'aime pas ? Certaines situations sont-elles à éviter ?</i>	
<b>Relations sociales</b> <i>Comment se passe la relation avec les autres jeunes ? à l'adulte ? Y a t-il des difficultés spécifiques (isolement, conflit, ...) ? Comment favoriser son intégration ?</i>	
<b>Communication</b> <i>Le jeune communique-t-il oralement ? avec difficulté ? par gestes / pictogrammes ? avec un outil spécifique ? Y a t-il des consignes à donner de manière particulière ?</i>	
<b>Conseils de la famille</b> <i>Qu'est ce qui fonctionne le mieux avec votre ado ? Quels sont les points de vigilance importants ? Avez-vous des recommandations spécifiques pour l'équipe ?</i>	
<b>Remarque complémentaire</b>	

## SUIVI MÉDICAL ET ACCOMPAGNEMENT

- Le jeune a-t-il des allergies ?  Non  Oui
  - Si oui, préciser (*type d'allergie - aliment, médicament...-, signe à surveiller, traitement ou conduite à tenir...*) :

- 
- Le jeune suit-il un traitement ?  Non  Oui
    - Si oui, préciser (*nom, posologie, mode d'administration, horaire de prise, autonomie du jeune dans la prise...*) :

- 
- Existe-t-il un projet d'Accueil Individualisé (PAI), dans un des établissements déjà fréquenté par votre ado (scolaire, associations...) ?  Non  Oui À transmettre.
  - Votre ado a-t-il un suivi, régulier, par un professionnel de santé ?  Non  Oui
    - Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_
  - Votre ado a-t-il un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)?  Non  Oui
  - Votre ado bénéficie-t-il d'un accompagnement individualisé par une personne ressource (AESH, éducateur...)?  Non  Oui Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

## SIGNAUX D'ALERTE ET CONDUITES À TENIR EN CAS DE DIFFICULTÉ

Y a t-il des situations ou éléments susceptibles de mettre votre ado en difficulté ( <i>fatigue, bruit, frustration, changement d'organisation, conflit, surcharge sensorielle...</i> ) ? Quels signes peuvent montrer qu'il ne se sent pas bien ?	
Comment réagit-il généralement dans ces situations ?	
Qu'est ce qui peut l'aider et que faut-il faire en priorité ? <i>espace calme, adulte référent, temps d'isolement, protocole spécifique, gestes ou paroles qui l'apaise...</i>	
Que faut-il éviter absolument ?	
Dans quelles situations souhaitez-vous être contacté par l'équipe ?	

**Si vous le souhaitez, nous pouvons convenir d'un temps d'échange afin de préparer au mieux l'accueil de votre adolescent et répondre à vos questions.**

Date et Signature