

Caractéristiques particulières liées la situation de handicap moteur



DEPLACEMENTS SANS APAREILLAGE	OUI	NON	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
----------------------------------	-----	-----	------------------------------

Marche seul			Pendant:.....
-------------	--	--	---------------

Marche avec l'aide d'une tierce personne		
--	--	--	-------

Monte et descend seul un escalier		
-----------------------------------	--	--	-------

Monte et descend à l'aide d'une rampe ou avec l'aide d'une tierce personne		
--	--	--	-------

Difficulté à se déplacer sur terrains accidentés (herbe-pente-bosses....)		
--	--	--	-------

La position debout trop long-temps est difficile		
--	--	--	-------

Avez-vous des conseils sur [les déplacements sans appareillage](#) à communiquer à l'équipe d'animation afin de préparer au mieux l'accueil et l'accompagnement sur ces temps?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



DEPLACEMENTS AVEC APPAREILLAGE

OUI NON

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Utilise un déambulateur

.....

Utilise des béquilles

.....

Utilise des chaussures or-
thopédiques

.....

Utilise un fauteuil , si oui
voir tableau ci-contre

.....

Utilise un autre appareil-
lage ? si oui, lequel

.....

Utilise un fauteuil en per-
manence

.....

Ne peut pas se tenir de-
bout

.....

A un appui plantaire

.....

Utilise un fauteuil occasionnelle-
ment pour les sorties

.....

Emportera son fauteuil sur
le séjour

.....

Avez-vous des conseils sur **les déplacements avec appareillage** à communiquer à l'équipe d'animation afin de préparer au mieux l'accueil et l'accompagnement sur ces temps?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



UTILISATION DU FAUTEUIL		OUI	NON	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
-------------------------	--	-----	-----	------------------------------

Utilise un fauteuil				Manuel Electrique
---------------------	--	--	--	----------------------

Manœuvre seul son fauteuil à l'extérieur			
--	--	--	--	-------

Manœuvre seul son fauteuil			
----------------------------	--	--	--	-------

Viendra avec son fauteuil				Pliant Non pliant
---------------------------	--	--	--	----------------------

Dimensions du fauteuil				Hauteur : cm Largeur :.....cm Profondeur :.....cm....Poids :..... ..cm
------------------------	--	--	--	---

Prendre des précautions pour porter et installer l'enfant		oui	non
---	--	-----	-----	-------

Avez-vous des conseils sur **l'utilisation du fauteuil** à communiquer à l'équipe d'animation afin de préparer au mieux l'accueil et l'accompagnement?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



GESTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

SEUL

AVEC AIDE PARTIELLE

AVEC AIDE TOTALE

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Se lève et se couche

Fait sa toilette au lavabo

Se douche

S'habille

Mange

Couverts ordinaires
Uniquement à la cuillère

Boit

Couverts ordinaires
Uniquement à la cuillère

Avez-vous d'autres conseils à communiquer à l'équipe pour les déplacements, la motricité et la vie quotidienne de l'enfant?

