

[Tapez ici]



## Fiche de renseignements

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Personne à prévenir en cas d'urgence lors de l'activité :

Téléphone :

Souhait de prise en charge sportive :

Initiation/découverte

Activité constante

L'enfant ou l'adulte pratique-t-il déjà une activité sportive ou un loisir ?

OUI  NON

Si oui, quelle(s) discipline(s) ? \_\_\_\_\_

Sous quelle forme ? (individuelle, collectivité ?) \_\_\_\_\_

## Présentation du sportif

Recueil d'éléments permettant d'adapter la séance sportive

### Langage et communication :

- La personne s'exprime principalement par :

- Phrases complètes    Phrases simples    Mots simples    Gestes  
 Autre : \_\_\_\_\_

Adaptations/ Outils déjà mis en place : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Ce que la personne comprend en général :

- Phrases complètes    Phrases simples    Mots simples    Gestes  
 Démonstration    Pictogramme    Autre : \_\_\_\_\_

Adaptations/ Outils déjà mis en place : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Socialisation :

- Au sein d'un groupe, la personne est :

- Très à l'aise    à l'aise    Pas à l'aise    A besoin de soutien

Adaptations/ Outils déjà mis en place : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Moteur et sensoriel

- La personne a-t-elle des difficultés en motricité ?  OUI  NON

Si oui lesquelles ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adaptations/ Outils déjà mis en place : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- La personne présente-t-elle des particularités sensorielles ?

*Cocher le(s) sens qui concernent la personne*

- Vue :

Si oui, avez-vous identifier des stimulations gênantes pour la personne ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Audition :

Si oui, avez-vous identifier des stimulations gênantes pour la personne ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Toucher :

Si oui, avez-vous identifier des stimulations gênantes pour la personne ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Odorat :

Si oui, avez-vous identifier des stimulations gênantes pour la personne ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Gout :

Si oui, avez-vous identifier des stimulations gênantes pour la personne ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Autre (s) :

Description :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Gouts / Centres d'intérêts :

- Quels sont les activités/objets appréciés de la personne ?

---

---

- Y a-t-il des activités/objets détestés ?

---

---

## Comportement :

- Pour attendre, la personne est :

Très à l'aise     à l'aise     Peu à l'aise     A besoin de soutien

Adaptations/ Outils déjà mis en place : (sablier, Timer, autre ) \_\_\_\_\_

---

---

- Pour aller d'un lieu à l'autre, la personne est :

Très à l'aise     à l'aise     Peu à l'aise     A besoin de soutien

Adaptations/ Outils déjà mis en place : \_\_\_\_\_

---

---

- En cas d'imprévu, la personne est :

Très à l'aise     à l'aise     Peu à l'aise     A besoin de soutien

Adaptations/ Outils déjà mis en place : \_\_\_\_\_

---

---

- La personne présente -t- elle des comportements problèmes ?     OUI     NON

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

---

---

En cas de colère, avez-vous des suggestions pour l'aider à s'apaiser ? :

---

---

## Vie quotidienne

- La personne a-t-elle parfois du mal à dormir ?  OUI  NON

Si oui, pouvez-vous décrire les conséquences sur le comportement de la personne ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(permet d'adapter la séance sportive si l'on sait qu'il dort peu ou pas la nuit, degré de fatigue)*

- Pour boire et ou manger une collation, la personne a-t-elle besoin d'aménagements spécifiques ?  OUI  NON

Si oui lesquels ? (ex : une autre boisson/un verre spécifique, des gâteaux précis...)? \_\_\_\_\_

*(dans ce cas, merci de nous fournir le matériel nécessaire)*

- Propreté :

- o La personne est-elle propre ?  OUI  NON
- o Peut-elle demander à aller aux toilettes ?  OUI  NON
- o Si non, l'activité sportive peut-elle être une contrainte à ce sujet ?  
 OUI  NON
- o Comment procédez-vous à la maison et à l'extérieur pour répondre à ce besoin ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- o Est-elle autonome une fois dans les toilettes ou a-t-elle besoin d'un accompagnement ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Autre :

Quel autre(s) renseignement(s) sur l'enfant ou l'adulte nous serait utile pour mieux l'accompagner dans notre activité sportive ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**A noter : le questionnaire complété n'est pas à transmettre à la CDSH 76**

**Les réponses et les données doivent rester CONFIDENTIELLES  
entre la famille et le club.**