

# Passeport Inclusion


Document confidentiel à destination de l'équipe inclusive

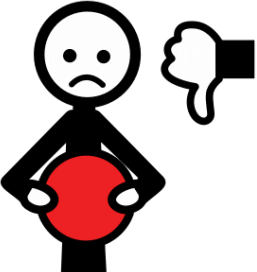
Ce passeport vous invite à partager ce qui rend votre enfant unique : ses habitudes, ses préférences, ses besoins et ce qui le rassure au quotidien. Ce document servira de support pour les personnes chargées de l'accueil et de l'accompagnement de votre enfant, dans le respect de son rythme et de ses possibilités. Avec votre accord, il pourra être complété par les professionnels qui gravitent autour de lui (du médical, du médico-social, du sanitaire, du libéral). Il devra être réactualisé régulièrement avec l'ensemble des personnes familières de votre enfant.

Date de création :		Date d'actualisation :	
--------------------	--	------------------------	--

Je m'appelle :		Je suis né(e) le :	
----------------	--	--------------------	--

<p>Je me présente</p> 	
--	--

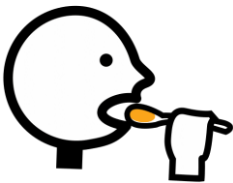
<p>J'aime</p> 	
---	--

<p>Je n'aime pas</p> 	
--	--

Mon autonomie  
Mon besoin d'aide



Autour du  
repas



Je sais faire seul(e) :

- Manger
- Me servir
- Boire
- Patienter
- Gérer les quantités

J'ai besoin d'aide pour :

Régime alimentaire

- Oui (si oui, se référer au PAI)
- Non


Autonomie

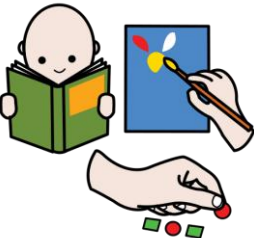



Je sais faire seul(e) :

- M'habiller
- M'occuper
- Gérer mes affaires
- Mettre mes chaussures
- M'orienter

J'ai besoin d'aide pour :

<p><b>Toilettes / hygiène</b></p> 	<p>Je sais faire seul(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Aller aux toilettes</li> <li><input type="checkbox"/> Me laver les mains</li> <li><input type="checkbox"/> Me moucher</li> <li><input type="checkbox"/> Autre :</li> </ul>	<p>J'ai besoin d'aide pour :</p>
---	---	----------------------------------

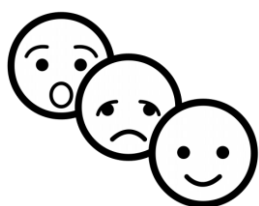
<p><b>Les activités</b></p> 	<p>Je sais faire seul(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Activités manuelles. Lesquelles :</li>   <li><input type="checkbox"/> Activités sportives. Lesquelles :</li>   <li><input type="checkbox"/> Autre :</li> </ul>	<p>J'ai besoin d'aide pour :</p>
--	---	----------------------------------

<p><b>Me reposer</b></p> 	<p>Je sais faire seul(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Je fais la sieste</li> <li><input type="checkbox"/> Je respecte un temps calme</li> <li><input type="checkbox"/> Je suis fatigable</li> </ul>	<p>J'ai besoin d'aide pour :</p>
--	--	----------------------------------

## Ma relation aux autres



### Mes émotions



### Je sais faire seul(e) :

- Décoder les émotions et expressions faciales
- Gérer mes émotions

### J'ai besoin d'aide pour :

Comment je les exprime, ce qui les provoque, ce qui m'aide à les gérer ?

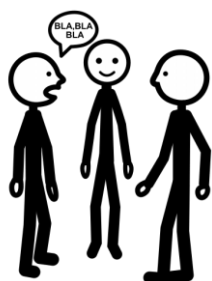
Quand je suis heureux :

Quand je suis triste :

Quand je suis en colère :

Quand j'ai peur :

### Ma communication



### Je communique :

- Avec des mots
- Avec des vocalisations ou des cris
- Avec des gestes ou mimiques
- Avec un outil de CAA\*
- Autre

\* CAA : Communication Alternative Améliorée

## Ma compréhension



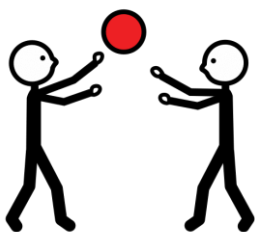
Je comprends mieux quand :

- On utilise des mots simples
- On me parle lentement
- On utilise un outil de CAA (Classeur PECS\*, PODD\*, TLA\*...)

J'ai besoin d'aide pour :

- \* PECS : Système de communication par échange d'images
- \* PODD : Tableaux dynamiques à organisation pragmatique
- \* TLA : Tableau de Langage Assisté

## Mes habiletés sociales

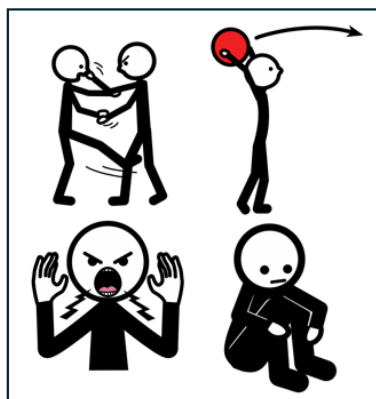


Je sais faire seul(e) :

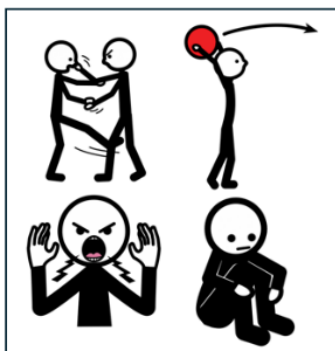
- Jouer avec les autres
- Respecter la règle, le cadre
- Interagir avec les autres
- Être adapté avec les autres

J'ai besoin d'aide pour :

# Mon comportement



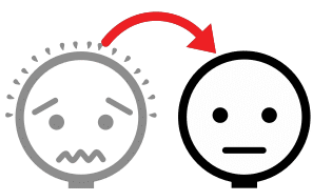
J'ai parfois un comportement particulier



Ce qui peut être difficile pour moi à gérer :



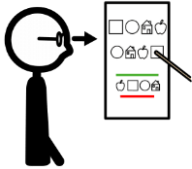
- Je peux me faire mal ou faire mal aux autres
- Je suis agité(e)
- Les transitions (de lieux, d'activités)
- Autre :


Je peux m'apaiser












Je m'apaise :

- Avec une personne de référence
- Avec un doudou, une tétine
- Avec un jouet
- Avec de la musique, comptines
- Avec des balancements, pressions
- Dans un espace calme et aménagé
- Autre :

<p><b>Mes outils</b></p> 	<p><b>Les outils qui peuvent m'aider :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Timer      <input type="checkbox"/> Planning visuel</p>  	<p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>
--	--	--

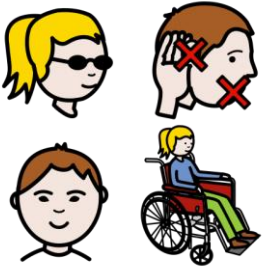




<p><u><b>Ma santé</b></u></p>	
-------------------------------	---

<p><b>La douleur</b></p> 	<p><b>Je peux exprimer ma douleur :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>Comment je l'exprime :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Je le dis</p> <p><input type="checkbox"/> Je crie</p> <p><input type="checkbox"/> Je le montre</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis prostré(e)</p>	<p><b>Point de vigilance :</b></p>
--	--	------------------------------------

<p><b>Mes particularités</b></p> 	<input type="checkbox"/> Déficien(t)e visuel  <input type="checkbox"/> TSA* 	<input type="checkbox"/> Déficien(t)e auditive  <input type="checkbox"/> TDAH* 	<input type="checkbox"/> Moteur 	<input type="checkbox"/> Compréhension  <input type="checkbox"/> Expression 
--	---	--	--	---

\* TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

\* TDAH : Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

<p><b>Mes équipements</b></p> 	<input type="checkbox"/> Lunettes  <input type="checkbox"/> Grand appareillage 	<input type="checkbox"/> Appareil auditif  <input type="checkbox"/> Casque anti-bruit 	<input type="checkbox"/> Autre :
--	---	--	----------------------------------

<p><b>Ma sensorialité</b></p> 	<p>Je suis sensible :</p> <input type="checkbox"/> Aux bruits <input type="checkbox"/> À la lumière <input type="checkbox"/> Aux odeurs <input type="checkbox"/> Au toucher <input type="checkbox"/> Au mouvement <input type="checkbox"/> Au goût des aliments <input type="checkbox"/> À la texture des aliments	<p>Je suis peu sensible :</p> <input type="checkbox"/> Aux bruits <input type="checkbox"/> À la lumière <input type="checkbox"/> Aux odeurs <input type="checkbox"/> Au toucher <input type="checkbox"/> Au mouvement <input type="checkbox"/> Au goût des aliments <input type="checkbox"/> À la texture des aliments
---	--	--