**CARNET  DE  ROUTE**

**Mieux me connaître**

Ce carnet est un document indispensable pour mieux connaître l’enfant, ses habitudes, ses besoins spécifiques et ses compétences.

Il nous sera utile pour veiller à sa sécurité, son bien-être et pour l’accompagner au mieux.

**Ce carnet est confidentiel et doit rester en la seule possession de l’animateur·trice référent·e, du/de la coordinateur·trice du stage et des animateurs·trices du groupe auquel appartient l’enfant.**

Les informations importantes reprises dans la fiche d’identité de l’enfant peuvent être partagées à l’ensemble du personnel présent sur le lieu du stage.

**Procédure de remplissage du carnet de route :**

* Remplissez directement le carnet de route sur Word ou imprimez le.
* Remplissez le carnet de route de manière manuscrite et lisible en lettre imprimée, avant de nous le renvoyer par mail à **inclusion@sg-sport.be**
* Soyez le plus précis possible.
* Merci de remplir le questionnaire au plus vite.

Ce carnet de route appartient à :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. Renseignements généraux**

**Je m’appelle** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Ma date de naissance est ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Mon numéro d’identité national est le …………………………..………………………………………………………………………………………………

**Mes parents/tuteurs sont :**

Prénom et nom : …………………………………………..…….. Prénom et nom : …………………………………………………………….

GSM : …………………………………………………………………… GSM : …………………………..………………………..……………………….

Email : ………………………………………………………….………. Email : …………………………………………………..………………………..

**Prénom et âge de mes frères et sœurs**: …………………………………………………………………………………………….

**Les autres personnes autorisées à venir me chercher (babysitter, grand-parents, etc.) sont** :

Prénom et nom : …………………………..………………………….. Prénom et nom : ………………………………..…………………………..

Lien avec moi : …………………………..………………………….….. Lien avec moi : …………………………………..…………………………..

GSM : …………………………..……………………………………………. GSM : …………………………………………….…..…………………………..

Email : …………………………..…………………………………….…….. Email : ………………………………………………..…………………………..

**Autres contacts utiles en cas d’urgence** :

Prénom et nom : …………………………..………………………….. Prénom et nom : ………………………………..…………………………..

Lien avec moi : …………………………..………………………….….. Lien avec moi : …………………………………..…………………………..

GSM : …………………………..……………………………………………. GSM : …………………………………………….…..…………………………..

Email : …………………………..…………………………………….…….. Email : ………………………………………………..…………………………..

**L’adresse de mon lieu de vie (maison, centre en résidentiel, etc.) est** :

……………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..………………………….

**Mon école/centre/service d’accompagnement est** : ….………………………………………………………………………..…………………………

**Les personnes ressources (professeur·e, éducateur·trice, logopède, etc.) sont** :

Prénom et nom : …………………………..………………………….. Prénom et nom : ………………………………..…………………………..

Lien avec moi : …………………………..………………………….….. Lien avec moi : …………………………………..…………………………..

GSM : …………………………..……………………………………………. GSM : …………………………………………….…..…………………………..

Email : …………………………..…………………………………….…….. Email : ………………………………………………..…………………………..

**Ce qui me rend si spécial (mon handicap/trouble) et mes besoins spécifiques sont** :

……………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..………………………………………..…………………………..…………….……………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..………………………….

**Ce dont je ne me sépare jamais (ma tutute, mon doudou, un jouet…) et/ou quelque chose à éviter :** …………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..………………………….……………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..………………………………….

**Mes expériences antérieures en activités extrascolaires (en inclusion ou non) :** …………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………….…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..……………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..………………………………………..……………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..………………………….

**2. Renseignements médicaux**

Je souffre de :

|  |  |
| --- | --- |
| **Trouble** | **Commentaires (fréquence, signes annonciateurs, procédure, précautions)** |
| **Epilepsie** |  |
| **Allergies/intolérances** |  |
| **Diabète** |  |
| **Constipation/diarrhée** |  |
| **Autres** |  |

**Les soins médicaux dont j’ai besoin** :

…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..…………………………..………………………………………..

|  |
| --- |
| **Attention : aucun médicament ne sera administré sans attestation écrite du médecin traitant (cachet obligatoire)** |

**Je dois prendre des médicaments :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom des médicaments** | **Pris à la maison** | **A prendre sur le lieu de stage** | **Comment les prendre ?** | **Dosage** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**2.1. Les difficultés sensorielles**

****Je rencontre des difficultés sensorielles :

|  |  |
| --- | --- |
| **Sens** | **Commentaires (oui/oui mais à certains moments)** |
| **Vue :*** **lunettes**
* **lentilles de contact**
 |  |
| **Ouïe :*** **appareil auditif**
 |  |
| **J’ai une hypersensibilité/hyposensibilité** |  |
| **Autres** |  |

**Comment cela s’exprime chez moi et ce qui peut me rassurer (drap, tente, sac lourd…) :** ……………………………….………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Conseils des parents/tuteurs/personnes ressources :** …………………………………………………………..………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**2.2. Hygiène**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actions** | **Selon les parents/tuteurs** | **Selon les personnes ressources** | **Commentaires** |
| **Je suis propre** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Je porte des langes** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Je vais à la toilette :** | - Seul·e- avec une aide | - Seul·e- avec une aide |  |
| **Je m’exprime et demande pour aller à la toilette** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Je dois aller aux toilettes à heures fixes** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Pour m’habiller, je me débrouille :** | - Seul·e- avec une aide | - Seul·e- avec une aide |  |
| **Il faut veiller à mettre mes vêtements dans un certain ordre**  | Oui | Non | Oui | Non |  |

**Conseils des parents/tuteurs/personnes ressources :** …………………………………………………………..………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**2.3. Alimentation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actions** | **Selon les parents/tuteurs** | **Selon les personnes ressources** | **Commentaires** |
| **Si j’ai faim ou soif, je sais demander à manger ou à boire** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| Je bois :  | * Seul·e
* Avec de l’aide (verre spécifique, paille, etc.)
 | * Seul·e
* Avec de l’aide (verre spécifique, paille, etc.)
 |  |
| Je mange : | * Seul·e
* Avec de l’aide (couverts spécifiques par exemple)
 | * Seul·e
* Avec de l’aide (couverts spécifiques par exemple)
 |  |
| Je mange :  | * Très lentement
* A vitesse normale
* Très vite
 | * Très lentement
* A vitesse normale
* Très vite
 |  |
| Ma nourriture est mixée ou coupée | Oui | Non | Oui | Non |  |
| Je peux faire des fausses routes | Oui | Non | Oui | Non |  |

* **Quel est mon rapport à la nourriture ?**
* **J’ai un régime particulier à suivre :**
* **Mes aliments et plats préférés sont :**
* **Je refuse certains aliments :**
* **Mes habitudes :**

**Conseils des parents/tuteurs/personnes ressources :** …………………………………………………………..………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**3. Développement de l’enfant**

**3.1. Communication**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actions** | **Selon les parents/tuteurs** | **Selon les personnes ressources** | **Commentaires** |
| **Je fais des phrases de quelques mots** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **J’utilise le langage écholalique (l’enfant répète mot pour mot une question qu’on lui pose)**  | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Je m’exprime par des sons (rires, vocalises, pleurs, cris, …)** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Je fais des signes ou des gestes pour m’exprimer****(yeux, signes de la tête, langue des signes, SESAME, Cogamo)** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **J’utilise des pictogrammes, des images ou une tablette** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Je regarde mon interlocuteur** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Actions** | **Selon les parents/tuteurs** | **Selon les personnes ressources** | **Commentaires** |
| **Je veux communiquer avec les autres** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **J’exprime des émotions** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Je comprends les sentiments des autres** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Je comprends/je réalise des consignes simples**  | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **J’écoute attentivement en groupe**  | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **J’utilise un calendrier adapté/ludique/avec des pictogrammes**  | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **J’utilise un rituel en début et/ou en fin d’activité** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Je gère le temps en utilisant un sablier, un timer…**  | Oui | Non | Oui | Non |  |

* **Si je veux dire non, je :**
* **Si je veux dire oui, je :**
* **Si je m’ennuie, je :**
* **Si j’ai mal, je :**
* **Si je suis content·e, je :**
* **Si je ne suis pas content·e, je :**
* **Si j’ai besoin d’aide, je :**
* **Si je suis fatigué·e, je :**
* **Si je veux poser une question, je :**

**Conseils des parents/tuteurs/personnes ressources :** …………………………………………………………..………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**3.2. Comportement**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actions** | **Selon les parents/tuteurs** | **Selon les personnes ressources** | **Commentaires** |
| **Je peux être concentré·e sur une activité :** | * 10min
* 20min
* 30min
* 1h
* 2h
 | * 10min
* 20min
* 30min
* 1h
* 2h
 |  |
| **J’ai des difficultés à rester assis·e** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Je ne sais pas attendre mon tour** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Je refuse souvent les contraintes**  | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **J’ai des comportements stéréotypés (mouvements inhabituels comme le flapping…), je tourne sur moi-même…**  | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Je cours et grimpe partout** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Je me mets en colère subitement** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Je fugue** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **J’ai conscience du danger** | Oui | Non | Oui | Non |  |

**Conseils des parents/tuteurs/personnes ressources :** …………………………………………………………..………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**3.3. Sociabilité**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actions** | **Selon les parents/tuteurs** | **Selon les personnes ressources** | **Commentaires** |
| **Je demande la permission pour utiliser quelque chose d’autrui** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Je peux partager des objets avec d’autres enfants** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Je joue avec d’autres enfants** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **J’ose m’affirmer** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **J’entreprends des jeux imaginatifs avec d’autres enfants**  | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Je comprends les règles sociales**  | Oui | Non | Oui | Non |  |

**Vis-à-vis des autres et de moi-même, je peux :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actions** | **Selon les parents/tuteurs** | **Selon les personnes ressources** | **Commentaires** |
| **Avoir des attitudes ou comportements qui peuvent être vécu difficilement par mon entourage** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Me frapper** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **M’automutiler** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Me mordre** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **M’arracher les cheveux** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Me frapper la tête** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Autres** | Oui | Non | Oui | Non |  |

Dans ces situations, il est préférable de :

J’ai des préoccupations persistantes ( utilisation des objets de façon atypique, obsessions pour certains objets ou pour certaines choses ) :

Ce qui me fait peur (moto, cris, bruits, musique trop forte, bagarres, du noir…) :

Comment peut-on me rassurer ?

**Conseils des parents/tuteurs/personnes ressources :** …………………………………………………………..………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**3.4. Affectivité**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actions** | **Selon les parents/tuteurs** | **Selon les personnes ressources** | **Commentaires** |
| **Je choisis mes ami·e·s** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **J’aime/je donne des câlins** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Je découvre ma sexualité** | Oui | Non | Oui | Non |  |

**Conseils des parents/tuteurs/personnes ressources :** …………………………………………………………..………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**3.5. Motricité**

| **Actions** | **Selon les parents/tuteurs** | **Selon les personnes ressources** | **Commentaires** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Je frappe/attrape du pied une balle** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Je fais preuve d’adresse et de souplesse** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **Je suis capable de :** | * Dessiner
* Peindre
* Colorier
* Tenir un pinceau
* Tenir des ciseaux
 | * Dessiner
* Peindre
* Colorier
* Tenir un pinceau
* Tenir des ciseaux
 |  |
| **Je sais :**  | * Faire une boule en pâte à modeler
* Construire une tour avec des blocs
 | * Faire une boule en pâte à modeler
* Construire une tour avec des blocs
 |  |

**Conseils des parents/tuteurs/personnes ressources :** …………………………………………………………..………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**3.6. Mobilité**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actions** | **Selon les parents/tuteurs** | **Selon les personnes ressources** | **Commentaires** |
| **Je me déplace :** | * Seul·e
* Avec une aide partielle
* Avec une voiturette
* Avec un rollateur
 | * Seul·e
* Avec une aide partielle
* Avec une voiturette
* Avec un rollateur
 |  |
| **Je porte tout le temps mon appareillage** | Oui | Non | Oui | Non |  |
| **En sortie, je suis capable de me déplacer :** | * Sur des courtes / longues distances
* Pendant un temps court / long
 | * Sur des courtes / longues distances
* Pendant un temps court / long
 |  |
| **Je sais monter ou descendre les escaliers seul·e** | Oui | Non | Oui | Non |  |

**Conseils des parents/tuteurs/personnes ressources :** …………………………………………………………..………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**4. Mes loisirs**

| **Activités** | **Selon les parents/tuteurs** | **Selon les personnes ressources** | **Commentaires** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Je préfère les activités :** | * Calmes
* Dynamiques
* les deux

  | * Calmes
* Dynamiques
* les deux

  |  |
| **La musique** | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **Chanter** | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **Danser**  | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **Les livres** | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **Les puzzles** | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **Les poupées** | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **Les voitures** | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **Les blocs/kapla** | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **Le vélo/la trottinette** | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **Me promener** | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **Le sport** | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **Courir** | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **La plaine de jeux** | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **La piscine** | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **Les jeux de sable** | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **Faire la cuisine** | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **Dessiner/peindre** | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **Les bricolages** | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **Les animaux** | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **Monter à cheval** | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **Me déguiser** | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **Faire du cirque** | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **Faire des blagues** | J’aime | Je n’aime pas | J’aime | Je n’aime pas |  |
| **Autres :** |  |  |  |  |  |

**Conseils des parents/tuteurs/personnes ressources :** …………………………………………………………..………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Finalement, quels sont mes forces et mes défis ?**

**Mes forces**: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Mes défis :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**La manière dont je veux être présenté·e au groupe :** ………………………………………………….………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Estimez-vous que l’enfant doive prendre connaissance de nos infrastructures ?** : ……….………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….