



QUESTIONNAIRE
ENFANCE et scolarisation

Vous trouverez infra un questionnaire concernant les différents types de handicaps dont pourraient être porteurs vos enfants, les différentes prises en charge qui pourraient les concerner ainsi qu'un recueil ouvert de vos suggestions. Afin de pouvoir établir une étude de besoins et améliorer vos attentes, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce document. Nous vous garantissons la stricte confidentialité de tous les éléments que vous y aurez portés.

Mieux connaître votre enfant et sa situation

Prénom..... Age.....
Situation de handicap et/ou maladie

Votre enfant rencontre des difficultés :

- à la marche
- d'équilibre
- de montée et ou descente d'obstacles (escalier...)
- cardio-vasculaires
- respiratoires
- de transferts (*besoin d'aide indispensable*)
- Communication
- Alimentation
- Autres (*merci de préciser*) :

Votre enfant utilise :

- Fauteuil roulant manuel
- Cannes / Béquilles...
- Fauteuil roulant électrique
- Appareils respiratoires
- Déambulateur
- Autres (*merci de préciser*) :

Traitement médicamenteux (*razer la mention inutile*) Oui / Non

Votre enfant est scolarisé Oui / Non
Si non, pourquoi ?

.....
.....
.....

Si oui, est-il :

*Scolarisé en milieu ordinaire :

- | | | | | |
|---|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Temps plein | } | Auxiliaire de vie scolaire | } | CLIS |
| <input type="checkbox"/> Mi-temps | | (<i>razer la mention inutile</i>) | | (<i>razer la mention inutile</i>) |
| <input type="checkbox"/> Autre (<i>merci de préciser</i>) | | Oui / Non | | Oui / Non |
| | | | | |
| Nombre d'heures..... | | Nombre d'heures..... | | |

Adresse de l'établissement (*facultif*).....

*Scolarisé en milieu adapté et/ou à temps partagé

- Temps plein
 - Mi-temps
 - Autre (*merci de préciser*)
- Nombre d'heures.....
Adresse de l'établissement (*facultif*).....

