

FICHE D'IDENTIFICATION

DE

INSCRIRE LE PRÉNOM ET LE NOM DE LA PERSONNE

Coller une photo
récente



IDENTIFICATION :

1. Personne contact :	2. Personne contact :
Lien :	Lien :
Adresse 1 :	Adresse 2 :
Tél. :	Tél. :
Tél. autre :	Tél. autre :

CARACTÉRISTIQUES PHYSIQUES

Date de naissance :	Age :	Cheveux :
Taille :		Langue :
Yeux :		Origine ethnique :
Particularités physiques :		

CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES

DIAGNOSTIQUE :	
Troubles associés :	
<input type="radio"/> D.I. : _____	<input type="radio"/> Physique : _____
<input type="radio"/> Visuel : _____	<input type="radio"/> Épilepsie : _____
<input type="radio"/> Auditif : _____	<input type="radio"/> Autres : _____
Médication :	

COMMUNICATION

Langue de communication : <input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Anglais <input type="radio"/> Autre : _____	Particularités verbales : <input type="radio"/> Écholalie <input type="radio"/> Inversion des pronoms (dis "tu" pour parler de lui) <input type="radio"/> Autre : _____
Forme de communication : <input type="radio"/> Verbal <input type="radio"/> Signes <input type="radio"/> Images	Autres :

AUTRES

Troubles de comportement <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Tendance à s'isoler : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Danger pour elle-même <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Danger pour les autres <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Conscience du danger <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Sensible à la douleur <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Hyper sensibilité (vive réaction de sensibilité) <input type="radio"/> Tactile (toucher) <input type="radio"/> Odorat (odeurs) <input type="radio"/> Visuel (yeux) <input type="radio"/> Goûter (bouche) <input type="radio"/> Auditif (sons) Autre : _____	Hypo sensibilité (Très faible réaction de sensibilité) <input type="radio"/> Tactile (toucher) <input type="radio"/> Odorat (odeurs) <input type="radio"/> Visuel (yeux) <input type="radio"/> Goûter (bouche) <input type="radio"/> Auditif (sons) Autre : _____
Hyperactivité <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Hypoactivité <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Autres :	

HABITUDES PARTICULIÈRES

Intérêts particuliers :
Fascinations :
Préférence pour l'intervention : <input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> sans importance
Renforceurs efficaces (ex. : Smarties, aller dans un endroit préféré...) :
Intervention efficace lors de désorganisation, angoisse, peur... (ex. : chanter tout bas une chanson préférée, offrir une couverture proprioceptive...):
Autre :

Rempli par : _____ date : _____