






FICHE DE LIAISON

Prénom	Nom		Âge		
Coordonnées des parents :					
Activité choisie :					
Handicap de l'enfant (entourez le pictogramme correspondant)	 Handicap moteur	 Handicap auditif	 Handicap mental	 Handicap visuel	 A préciser :
Votre enfant :	OUI	Aide ponctuelle	NON	Remarques	
S'habille tout(e) seul(e)					
Maîtrise des gestes fins (laçage, boutonage...)					
Va aux toilettes sans incitation					
Est autonome aux toilettes					
Est propre le jour					
Se déplace seul					
A recours à un fauteuil roulant (manuel, électrique) une canne ou autre (à préciser)					
Rencontre des difficultés lors de la communication					