



DES ENFANTS À BESOINS SPÉCIFIQUES

# BILAN ACCUEIL FAMILLES

NOM : .....

Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Lieu d'accueil : .....

Date d'accueil : Du ..... au .....

Accueil à temps partiel / accueil à temps complet (*entourer la réponse souhaitée*)

# EVALUATION (COCHER LA RÉPONSE)

	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Insatisfaisant	Points à améliorer
Accessibilité des locaux				
Communication avec la structure				
Accompagnement de la part de la structure d'accueil				
Encadrement de l'équipe d'animation				
Prise en compte des « besoins spécifiques » et/ou des problèmes de l'enfant dans la vie quotidienne de la structure				
Prise en compte des particularités de l'enfant dans les propositions d'activités				
Adhésion de l'enfant aux activités proposées				
Appréciation générale				

Difficultés rencontrées par l'enfant et/ou par la famille : .....

.....

.....

Souhaits/besoins soulevés par l'enfant et/ou par la famille : .....

.....

.....

Autre : .....

.....

