



DES ENFANTS À BESOINS SPÉCIFIQUES

# BILAN ACCUEIL STRUCTURE

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
Communication avec la famille			
Communication avec la structure			
Communication avec l'enfant			
Participation de l'enfant aux activités			
Intégration de l'enfant au groupe dans la vie quotidienne			
Intégration de l'enfant au groupe lors d'activités			

Les animateurs ont-ils suivi une formation spécifique pour accueillir les enfants en situation de Handicap ? (entourer la réponse souhaitée)  OUI  NON

Si oui, quel type de formation ?

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

Les animateurs ont-ils suivi des sensibilisations pour encadrer des enfants en situation de Handicap ? (entourer la réponse souhaitée)  OUI  NON

Si oui, quel en a été le sujet ?

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

L'équipe a-t-elle rencontré des difficultés ? Si oui, lesquelles ? :

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

Pistes d'amélioration envisagées :

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

