



INSTITUT DE RECHERCHES PRATIQUES SUR L'AUTISME

## Formulaire d'information de l'enfant ou du jeune avec TSA

### Informations générales

Nom : Sexe :  Masculin  Féminin  
 Prénom :  
 Adresse :  
 Date de naissance : Taille :  
 Age : Poids :

Nom de la personne à contacter en cas de problème :  
 Numéro de téléphone : Email :

*Les informations suivantes vont nous aider à répondre au mieux aux besoins du participant<sup>1</sup>.*

### Informations scolaires

Est-il scolarisé : Dans quelle classe :  
 Nom de l'école :

### Informations médicales

1) L'enfant ou le jeune a-t-il des difficultés dans un de ces domaines (veuillez spécifier) :

- **Physique** : mobilité, équilibre, posture (Porte-t-il des appareils de soutien orthopédiques ?)

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

<sup>1</sup>Aucune information personnelle n'est collectée à votre insu, aucune information personnelle n'est cédée à des tiers, aucune information personnelle n'est utilisée à des fins non prévues.

Conformément à la loi n 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives vous concernant.

**- Sensoriel :**

Quelles sont les hypersensibilités ou les hyposensibilités sensorielles concernant la vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat, le goût ?

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

**- Le sommeil :**

Sa qualité, heure d'endormissement et fait-il des cauchemars ?

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

Fait-il des siestes ? .....

**- Communication :**

Capacité de parler, capacité à suivre des instructions. Quel est son mode de communication : langage, pictogramme, tablette, langage des signes etc...

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

Chante-t-il ?

.....

**- Capacité de concentration, de mémorisation, de compréhension :**

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

**- Interactions sociales :**

Quel est son mode de communication avec les autres, avec les jeunes de son âge, avec les petits, avec ses parents, avec ses frères et sœurs :

.....  
.....

Manifeste-t-il de l'affection ?

.....  
.....

Comportement à l'école ou en institution ?

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

2) L'enfant ou le jeune a-t-il déjà eu des crises d'épilepsie ? A-t-il des allergies ? A-t-il un traitement en cours ?

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

**Informations personnelles**

1) Quels sont ses sujets favoris, ses passions, éventuellement ses obsessions ?

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

2) Dans quel type de situations vous semble-t-il apaisé et/ou coopérant ? est-il patient ?

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

3) Quelles sont les situations qui le mettent en difficulté et peuvent générer des situations de crise ? (stimuli extérieurs, sujets qui fâchent...)

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

Comment se manifestent les crises et quels sont les facteurs déclenchants ?

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

Se mutile-t-il ? .....

Se frappe-t-il la tête avec ses mains ? .....

Aime-t-il détruire des objets ? .....

A-t-il des comportements agressifs ou violents ? comment l'apaiser ?.....

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

4) Hygiène : est-il propre et autonome aux toilettes ? a-t-il des couches ?

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

5) Autres informations dont vous aimeriez nous faire part :

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

6) **Spécificités du régime alimentaire**

Afin que nous puissions adapter l'alimentation en fonction des besoins de votre enfant, merci de nous indiquer ses spécificités alimentaires :

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

**Nous vous remercions de nous faire parvenir :**

- **une copie des bilans médicaux (le bilan diagnostique, bilan orthophonique et de psychomotricité, tests psychologiques, etc).**
- **Une lettre de recommandation de la part du médecin généraliste indiquant que la pratique de l'équitation est autorisée et sans danger pour le participant.**

**Date et signature**

---

**COORDONNÉES IRPA**

[contact@irpa.fr](mailto:contact@irpa.fr)

04 68 79 63 63

---

**PARTIE RESERVEE A NOS BUREAUX**

Date de réception :

Décision :