

Caractéristiques particulières liées à la situation de handicap visuel



VISION

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Est mal voyant de l'œil gauche	oui	non
--------------------------------	------------	------------

Est mal voyant de l'œil droit	oui	non
-------------------------------	------------	------------

Est non voyant de l'œil gauche	oui	non
--------------------------------	------------	------------

Est non voyant le l'œil droit	oui	non
-------------------------------	------------	------------

Voit de près	oui	non
--------------	------------	------------

Voit de loin	oui	non
--------------	------------	------------

Voit les reliefs	oui	non
------------------	------------	------------

Voit les couleurs	oui	non
-------------------	------------	------------

Avez-vous des conseils sur **la vision** à communiquer à l'équipe d'animation afin de préparer au mieux l'accueil ?

LUNETTES & LENTILLES

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Porte des lunettes	oui	non
--------------------	------------	------------

Porte des lentilles de contact	oui	non
--------------------------------	------------	------------

Est autonome pour les mettre et les nettoyer	oui	non
--	------------	------------

Porte en permanence des lunettes ou des lentilles	oui	non
---	------------	------------

Peut ne pas les porter pour certaines activités	oui	non
---	------------	------------

Avez-vous des conseils sur **l'appareillage** à communiquer à l'équipe d'animation afin de préparer au mieux l'accueil ?

Se déplace seul **oui non**

Se déplace seul quand il connaît les lieux **oui non**

Se déplace aux bras de quelqu'un **oui non**

Se déplace avec une canne blanche **oui non**

Se déplace toujours accompagné **oui non**

Avez-vous des conseils sur **les déplacements** à communiquer à l'équipe d'animation afin de préparer au mieux l'accueil ?

Avez-vous des conseils à communiquer concernant **les temps où l'enfant a besoin d'être accompagné par un adulte dans sa vie quotidienne** ?