

# Caractéristiques particulières liées à la situation de handicap visuel



VISION	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	
Est mal voyant de l'œil gauche	oui	non
Est mal voyant le 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?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Porte des lunettes	oui	non	
Porte des lentilles de contact	oui	non	
Est autonome pour les mettre te les nettoyer	oui	non	
Porte en permanence des lunettes ou des lentilles	oui	non	
Peut ne pas les porter pour certaines activités	oui	non	Lesquelles:

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

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



DEPLACEMENTS	OUI	NON	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
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?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



