



## Technique MEBP®

Massage pour enfants à besoins particuliers  
(Autisme, TDAH, anxiété)

## PROFIL SENSORIEL ENFANT

Date : \_\_\_\_\_

Prénom et nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Diagnostic (si applicable): \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant est verbal? Oui / Non

Spécifiez : \_\_\_\_\_

École et type de classe fréquentée : \_\_\_\_\_

### LE TOUCHER

	Oui	Non	Je ne sais pas
Aime être touché fermement, exemple pression profonde.			
Aime être touché doucement, exemple frôlement, effleurage.			
Évite d'être en contact avec certains tissus de vêtements, les coutures, les étiquettes, etc.			
Évite d'avoir les mains sales.			
Évite de se faire appliquer de la crème.			
Marche sur la pointe des pieds.			
Aime se faire essuyer avec une serviette.			
Aime la chaleur, par exemple avec une bouillotte ou un sac chaud.			
A des comportements d'autostimulation, exemple le flapping.			

### LA VISION, L'ODORAT ET LE GOÛT

	Oui	Non	Je ne sais pas
Aime un éclairage tamisé.			
Aime lire des mots.			
Aime lire des phrases simples ou des consignes.			
Aime les odeurs de fleurs ou de fruits (lavande, orange).			
Évite les odeurs du quotidien (nourriture, animaux...).			
Porte tout objet à sa bouche.			
Est sensible à certaines textures d'aliments.			



## Technique MEBP®

Massage pour enfants à besoins particuliers  
(Autisme, TDAH, anxiété)

### PROFIL SENSORIEL ENFANT

#### L'AUDITION

	Oui	Non	Je ne sais pas
Aime écouter de la musique.			
Parle sans arrêt, mais sans chercher d'interactions.			
Fait des bruits de bouche.			
Répète systématiquement un mot ou une partie de phrase (écholalie).			

#### LA PROPRICEPTION ET LE VESTIBULAIRE

	Oui	Non	Je ne sais pas
Aime être serré dans des couvertures.			
Utilise le lézard lourd, les peluches lourdes.			
Aime être bercé.			
Bouge beaucoup, a de la difficulté à rester en place.			
Ne ressent pas la douleur, ou très peu.			
Aime les balançoires, le trampoline.			
Se cogne contre les personnes, les objets (a souvent des blessures)			

**Autres spécifications qui pourraient améliorer le service rendu à l'enfant :**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Quelle est votre motivation de consulter en massothérapie pour votre enfant :**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Nom du parent remplissant le questionnaire :** \_\_\_\_\_