

Ce document vous est adressé pour avoir une base d'échange lors de la période d'adaptation.

Pour mieux connaître votre enfant

Son nom :

Son prénom :

Sa date de naissance :

A-t-il déjà fréquenté une collectivité :

Oui :

Non :

- Une crèche collective
- Une halte garderie

Oui :

non :

Oui :

non :

A-t-il déjà été gardé par une tierce personne

Oui :

Non :

- Une assistante maternelle
- A la maison

Oui :

non :

Oui :

non :

A-t-il déjà été gardé occasionnellement par

Oui :

Non :

- Des membres de votre famille
- Des amis

Oui :

non :

Oui :

non :

Son sommeil

Quels sont les signes qui vous permettent de dire que votre enfant s'endort ?

Dans quelle(s) position(s) s'endort-t-il ?

Quelles sont les chansons ou berceuses que vous lui chanter pour l'endormir ?

Comment vous y prenez-vous pour endormir votre enfant ?

Votre enfant a-t-il besoin d'une présence adulte pour s'endormir ?

Combien de siestes quotidiennes fait-il habituellement ?

Quels sont les horaires habituels de ses siestes ?

A quelle heure avez-vous l'habitude de le coucher le soir ?

Votre enfant est-il sensible au bruit

Oui :

Non :

Votre enfant a-t-il besoin de luminosité pour s'endormir ou s'endort-il dans le noir ?

A la maison où votre enfant dort-il ?

Vous arrive t-il de réveiller votre enfant ?

Oui :

Non :

Si ou, dans quelle(s) circonstance(s)

Son alimentation

A l'heure actuelle combien votre enfant prend-il de biberons ?

Qui a l'habitude de donner le biberon

Quel lait utilisez-vous ?

Quelle quantité lui donnez-vous ?

Votre enfant termine-t-il ses biberons ?

Réveillez-vous votre enfant pour le faire téter ?

Oui :

Non :

Si oui, dans quelle(s) circonstance(s)

Cela vous arrive-t-il souvent ?

Oui :

Non :

Votre enfant

Mange-t-il seul ?

Oui :

Non :

Votre enfant mange-t-il ?

- Mouliné
- Mixé
- En morceaux

Mange-t-il ?

- Sur les genoux
- Sur le relax
- A table
- Sur la chaise haute
- Avec une cuillère
- Avec une fourchette

Comment boit-il ?

- Au biberon
- Au bec verseur
- Au verre

Qu'avez-vous l'habitude de lui donner pour le goûter ?

Quels sont les aliments qu'il préfère ?

Quels sont les aliments qu'il n'aime pas ?

Votre enfant présente-t-il des allergies alimentaires ?

Oui :

Non :

Si oui, laquelle

Votre enfant a-t-il un régime spécial ?

Oui :

Non :

Si oui, lequel

Autres informations

Jeux et jouets

Quels sont ses jouets et jeux favoris ?

Comment sollicite-t-il l'adulte ?

Joue-t-il volontiers seul ?

Propreté

- Est-ce qu'il a la couche ?
 - Le jour Oui : Non :
 - La nuit Oui : Non :
 - Pour la sieste Oui : Non :
- Va-t-il sur le pot ? Oui : Non :
- Demande-t-il à aller sur le pot ? Oui : Non :
- Va-t-il sur les WC Oui : Non :