

Nom et Prénom de l'enfant :

Ce document n'a pas été réalisé dans l'intention d'être indiscret.

Il nous permettra, pour le bien être de votre enfant, de mieux le connaître afin d'assurer une continuité entre sa vie familiale et sa vie en collectivité. Ce dossier restera strictement confidentiel.

QUELLES SONT LES HABITUDES DE VOTRE ENFANT ?

Qui garde votre enfant habituellement ?.....

A-t-il déjà fréquenté un mode de garde? non oui Lequel?....

A t-il un **doudou** ? oui non

Comment est-il ? Quel nom porte-t-il?.....

A t-il une tétine ? oui non

A quel moment prend t-il son doudou ou sa tétine ?.....

La sieste

1- Où fait-il la sieste?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> dans sa chambre | <input type="checkbox"/> dans votre chambre | <input type="checkbox"/> avec un autre de vos enfants |
| <input type="checkbox"/> dans un lit à barreaux | <input type="checkbox"/> dans un lit parapluie | <input type="checkbox"/> avec une veilleuse |
| <input type="checkbox"/> dans la pénombre | <input type="checkbox"/> dans le noir complet | <input type="checkbox"/> volets ouverts |

2- Combien de temps dort-il ? le matin..... l'après-midi.....

3- A quels signes voyez-vous que votre enfant est fatigué ?.....

4- Comment s'endort-il ? avec la présence de l'adulte seul

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> en le berçant physiquement | <input type="checkbox"/> en fredonnant une mélodie | <input type="checkbox"/> en écoutant une mélodie |
| <input type="checkbox"/> en racontant une histoire | <input type="checkbox"/> en s'agitant dans son lit | <input type="checkbox"/> en pleurant |

5- Quel temps lui faut-il pour s'endormir ?.....

6- Dans quelle position dort-il ?

- | | | | |
|-------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> sur le dos | <input type="checkbox"/> sur le ventre | <input type="checkbox"/> sur le côté gauche | <input type="checkbox"/> sur le côté droit |
|-------------------------------------|--|---|--|

7- Dans quel vêtement dort-il ?

- | | | | |
|----------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> habillé | <input type="checkbox"/> en sous-vêtement | <input type="checkbox"/> dans une turbulette | <input type="checkbox"/> sous une couette |
|----------------------------------|---|--|---|

8- Porte-t-il une couche? oui non

9- Se réveille-t-il durant son sommeil ? jamais occasionnellement souvent toujours

10- A t-il déjà dormi en dehors de chez vous sans votre présence ? oui non

Comment cela s'est-il passé ?.....

Infos que vous souhaitez nous transmettre:

L'alimentation

1- Votre enfant aime-t-il manger ? oui non

2- Quelles sont les horaires de ses repas ?

Petit-déjeuner collation matin déjeuner.....
goûter dîner..... autre

3- Comment réclame-t-il quand il a faim ?

en pleurant en grognant en parlant ne réclame pas autre.....

4- Comment réclame t-il quand il a soif ?

en pleurant en grognant en parlant ne réclame pas autre.....

5- A-t-il bon appétit ? oui non

6- Où mange-t-il ? dans les bras dans un transat dans une chaise haute autre.....

7- Comment mange-t-il ? seul avec de l'aide

8- Le laissez-vous toucher les aliments avec ses mains ? oui non

9- Avec quoi mange-t-il ? à la cuillère à la fourchette en plastique en inox

10- Comment boit-il ? seul avec de l'aide

11- Avec quoi boit-il ? au biberon à la cuillère au verre à bec/timbale au verre

12- Boit-il ? un peu modérément beaucoup

Infos que vous souhaitez nous transmettre:

Le change et la propreté (A ne pas remplir si votre enfant n'est pas à ce stade de développement)

1. Votre enfant se manifeste-t-il lorsqu'il a besoin d'être changé ?

non oui
comment ?.....

2- Accepte-t-il facilement d'être changé ? oui non

3- Commence-t-il à aller sur le pot ? oui non

4- Réclame-t-il les toilettes ? non oui
comment ?.....

Observations complémentaires

*L'équipe vous remercie pour l'attention
que vous avez porté à ce document.*