

Nom de l'enfant :

Date :

1/7

Date de naissance :

Adresse e-mail :

HABITUDES DE VIE DE VOTRE ENFANT

L'ALIMENTATION :

◆ **Horaire des repas :**

- à la demande
- à l'heure fixe

◆ **Rythme : votre enfant boit-il :**

- vite
- lentement
- avec des pauses

◆ **Lait utilisé :**

- allaitement
- lait en poudre
- lait de vache

- quelle marque ? _____
- nombre de biberons _____
- quantité par biberon _____
- température _____

Eau utilisée : _____

◆ **Quelle tétine utilisez-vous ?**

◆ **A quelle température boit-il son biberon ?**

- température ambiante
- chaud

◆ **Comment l'enfant est-il installé pour les repas ?**

- dans les bras
- dans un transat
- sur une chaise
- dans une chaise haute
- dans un baby-relax
- autre (précisez)

◆ **Diversification des aliments :**

Avez-vous introduit :

- des légumes
- des fruits
- de la viande
- du poisson
- des pâtes
- du riz
- des oeufs
- du fromage
- des petits-suisse
- des yaourts
- du pain
- des gâteaux

Les légumes sont donnés :

- à la cuillère - au biberon
 - à la fourchette

Quelle est la consistance des aliments :

- mixée fin - écrasée à la fourchette
 - en morceaux

◆ **Votre enfant mange :**

- seul - avec aide
 - au biberon - à la cuillère

◆ **Votre enfant boit :**

- de l'eau - de la tisane
 - du jus de fruit - autre

Comment ?

- au biberon - au verre ou à la tasse

◆ **Certains aliments ne sont pas appréciés par votre enfant ?**

- oui - non

Si oui, lesquels : _____

◆ **Certains aliments sont contre-indiqués pour votre enfant ou supprimés par convenance personnelle :**

- oui - non

Si oui, lesquels : _____

Son appétit :

- petit
 - moyen
 - grand

◆ **Digestion :**

Votre enfant présente-t-il fréquemment :

- des régurgitations
- des fausses routes
- des coliques
- des diarrhées
- une constipation

Cela nécessite des précautions particulières :

- oui
- non

Si oui, lesquels : _____

◆ **Autres observations par rapport à l'alimentation de votre enfant :**

SOMMEIL

◆ **Comment manifeste-t-il sa fatigue ?**

◆ **A quel moment dort-il ?**

◆ **Combien de temps :**

- de jour

- de nuit :

◆ **Dans quelle position :**

- couché sur le dos
- couché sur le ventre
- couché sur le côté

◆ **Comment s'endort-il ?**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> - turbulette | <input type="checkbox"/> - jouet (précisez) : |
| <input type="checkbox"/> - sucette | <input type="checkbox"/> - position (précisez) : |
| <input type="checkbox"/> - musique | <input type="checkbox"/> - son « doudou » (précisez): |
| <input type="checkbox"/> - est-il berçé | <input type="checkbox"/> - êtes-vous présent |
| <input type="checkbox"/> - est-il couvert | <input type="checkbox"/> - lui chantez-vous une chanson |
| <input type="checkbox"/> - autre (précisez) : | |

◆ **Que faites-vous quand il pleure pour s'endormir ?**

◆ **Où dort-il ?**

- petit lit - grand lit
 - autre (précisez) :

◆ **Dans un endroit :**

- calme - avec de la clarté
 - dans la pénombre - sombre

◆ **Comment est son sommeil ?**

- calme - agité
 - autre (précisez) :

◆ **Est-il réveillé :**

- par le bruit - par la lumière

◆ **A son réveil :**

- le levez-vous de suite
 - le laissez-vous un peu dans son lit
 - l'enfant se lève seul

◆ **Autres observations par rapport au sommeil de votre enfant :**

TOILETTE ET HABILLEMENT

◆ **Votre enfant a-t-il une couche ?**

- la journée - durant le sommeil

◆ **Utilisation du pot :**

- systématiquement - à la demande

◆ **Fait-il comprendre son besoin d'aller aux toilettes ?**

- oui - non

Comment : _____

◆ **Va-t-il seul aux toilettes ?**

- oui

- non

◆ **Présente-t-il des allergies ou des contre-indications à certains produits ?**

(savon, lait de toilette)

- oui

- non

Citez-les avec précision : _____

◆ **Se brosse-t-il les dents ?**

- oui

- non

◆ **Seriez-vous contrarié de retrouver votre enfant avec des vêtements tâchés ?**

- oui

- non

Si oui, pourquoi ? _____

◆ **Quelle est pour vous la tenue idéale de l'enfant en structure d'accueil ?**

◆ **Habillage :**

Quelle autonomie :

- s'habille seul

- se déshabille seul

- a besoin d'aide (précisez) :

◆ **Envisagez-vous de lui faire porter des chaussures ?**

- à quelle age :

- à quel moment, pour quelles activités : _____

- doit-il porter des semelles ou des atelles ? Quand ? _____

◆ **Quelles réactions avez-vous habituellement en voyant marcher un enfant pieds nus dans la maison ?**

- ◆ **Autres observations par rapport à la toilette et à l'habillement de votre enfant :**

SOCIALISATION ET COMPORTEMENT

- ◆ **Que fait l'enfant quand il ne dort pas ?**
- ◆ **Comment est-il installé (dans un parc, dans un maxi-cosy, à même le sol....) ?**

- ◆ **Comment manifeste-t-il:**

son bien-être : _____

son inconfort (faim, douleur....): _____

Les pleurs :

oui

non

Pleure-t-il souvent ?

Donnez-vous une réponse immédiate à ses pleurs ?

Comment calmez-vous ses pleurs ?

Autres observations :

- ◆ **Avant l'accueil en structure d'accueil, votre enfant était :**

- à la maison, avec sa maman
- chez une personne de la famille
- chez une assistante maternelle
- autre accueil toute la journée
- autre accueil ponctuellement

- ◆ **A-t-il des frères et soeurs ? De quel âge ?**

- ◆ **Est-il intégré à leurs jeux ?**

- ◆ **Comment réagit-il en présence d'autres enfants ?**

- ◆ **Comment réagit-il en présence d'autres adultes ?**

- ◆ **Comment voyez-vous votre enfant ?**
(plutôt calme, turbulent, timide, anxieux....)

- ◆ **Votre enfant a-t-il besoin d'une surveillance particulière :**
Si oui, précisez :