



HABITUDES DE VIE:

Ce questionnaire a pour but d'aider votre enfant à s'intégrer dans son nouveau milieu de garde. Il me permettra de mieux le connaître, de faire un suivi plus efficace et d'établir une continuité entre sa maison et son service de garde.

Relation sociale de l'enfant

L'enfant a-t-il des frères ou des sœurs?

Oui Non

Comment décririez-vous le tempérament de votre enfant? (calme, timide, actif...) :

L'enfant a-t-il été gardé de façon régulière?

Oui Non

Si oui, par qui?

Par la famille gardienne CPE Milieu familial autres.....

Y a-t-il eu difficultés particulières rencontrées lors de la garde :

En compagnie d'adulte. Votre enfant est généralement;

Calme Sociable Timide Anxieux autre.....

En compagnie d'enfant. Votre enfant est généralement;

Calme Sociable Timide Anxieux autre.....

Quels sont ses jeux préférés?

Votre enfant a-t-il des peurs ou appréhensions (Bruits stridents, noirceur, étrangers, animaux, etc.)?

Oui Non

Si oui, veuillez mentionner ses peurs et vos trucs pour le rassurer?

A-t-il eu récemment des événements qui auraient influencé son comportement (accident, déménagement, maladie, séparation ...)?

Oui Non

Au besoin élaborer ci-dessous.

L'enfant possède-t-il un toutou ou un doudou auquel il tient particulièrement ?

Oui Non

Si oui, l'apporter au service de garde. Cet objet de transition le sécurisera et aidera à le reconforter au besoin.

Routine de l'enfant

Niveau d'apprentissage à la propreté (pour enfant de 2 ans et plus)

Couche En apprentissage Propre

Si votre enfant est propre. Lui arrive-t-il de mouiller son lit durant la sieste ? :

Oui Non

Remarque sur la nourriture

Mange-t-il? Avec aide Seul Un peu des deux

Il mange...Avec ses doigtsAvec une cuillèreAvec une fourchette

Comment est son appétit? Petit Suffisamment Beaucoup

Il boit.... Au biberon au gobelet au verre

Quelle est la texture des aliments offerts à votre enfant?

En purée Écrasés à la fourchette Aliments en petits morceaux

Nommez les aliments qu'il préfère :

Nommez les aliments qu'il aime moins :

Section Poupon (18 mois et moins)

Type de lait

Nombre d'onces dans le biberon

Heures du boire; Am

Midi

Pm

Avez-vous d'autres remarques à faire sur le boire de votre enfant? (Ex; rots, coliques, régurgitation, etc.)

Remarque sur le sommeil de l'enfant

Dort-il bien la nuit : Oui Non

Fait-il la sieste habituellement l'avant-midi : Oui Non

Si oui, vers quelle heure;

et sa durée

Fait-il la sieste habituellement l'après-midi : Oui Non

Si oui, vers quelle heure;

et sa durée

Pour s'endormir. Est-ce que votre enfant s'endort;

Seul

avec une suce

avec un doudou ou toutou

À besoin de se faire bercer

Autre

Quelle est la position dans laquelle votre enfant est plus susceptible de s'endormir?

Dort sur le dos

Dort sur le ventre

Dort sur le côté

Votre enfant s'endort-il avec ou sans couverture?

Sans couverture Avec couverture

Avez-vous des attentes face au service de garde en milieu familial ?

Merci de votre précieuse collaboration !



