

NOM de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Date du questionnaire :



*Afin de mieux connaître votre enfant et ses habitudes de vie,
Afin de faciliter son adaptation dans les différents lieux qu'il est amené à fréquenter,
Afin d'aider les différents professionnels à accueillir votre enfant dans les meilleures conditions,
Voici quelques questions auxquelles vous voudrez bien répondre. (Toute réponse est facultative).
Ce document sera exclusivement utilisé à l'interne c'est-à-dire entre les familles et l'école.*

SON CARACTERE

Est-il plutôt timide ?

Oui Non

Va-t-il facilement vers les autres ?

Oui Non

Autres :

SON HISTOIRE

A-t-il été gardé par quelqu'un d'autre que les parents ? Si oui, qui ?

- OUI :
- NON

A-t-il fréquenté un établissement Petite Enfance ?

- OUI :
- NON

A-t-il des frère(s) ou sœur(s) ?

Y a-t-il un bébé à la maison ? ou à naître ?

- OUI Par qui est-il gardé ?
- NON

A-t-il vécu un évènement troublant ? (Décès d'un proche, séparation, perte d'un animal ...)

- OUI :
- NON

LA VIE DE LA FAMILLE

Situations des parents : EN COUPLE SEPRE

	Travaillez-vous ?	Votre conjoint, travaille-t-il ?
OUI		
NON		
Horaires atypiques ?		

Si vous êtes séparés, y a-t-il une garde alternée mise en place ?

- OUI :
- NON

SA SOCIALISATION

Avez-vous l'occasion de participer à différentes activités avec votre enfant ?

.....



A-t-il déjà passé un moment sans vous ? Oui Non

Comment se passe la séparation ?

.....

Votre enfant a-t-il un cadre, des limites à la maison ?

- OUI Lesquels :
- NON

Si oui à la précédente question, comment réagit-il face à ces limites ?

.....
.....

Connait-il les règles au sein d'un groupe (pas de mauvais gestes, le respect, prendre soin des autres – de lui ...) ?

- OUI
- NON

SON RYTHME DE VIE

Pour la nuit : Quelle est son heure habituelle de coucher ?

Quelle est son heure habituelle de lever ?

Se réveille-t-il la nuit ?

- OUI
- NON

Pour la sieste :

Fait-il une sieste dans la journée ?

A quel moment de la journée ?

Combien de temps ?

Pour s'endormir, il a besoin :

- D'être dans vos bras
- D'être câliné
- Autres :
- De sa tétine ou de son biberon
- De son doudou

De quoi a-t-il besoin pour s'endormir ?

- De la pénombre
- De rituels / lesquels :

SA SANTE

A-t-il des problèmes de santé particuliers ?

- OUI Lesquels ?
- NON

A-t-il vécu de longues ou de fréquentes hospitalisations ?

- OUI
- NON

Fait-il de l'Asthme ?

- OUI
- NON

A-t-il des drains ?

- OUI
- NON

A-t-il des troubles visuels, auditifs ou moteurs ?

- OUI Lesquels :
- NON



A-t-il un suivi chez un spécialiste (orthophoniste, ophtalmologiste, psychologue, psychomotricien ...) ?

- OUI Lequel : NON

Souffre-t-il de troubles alimentaires ?

- OUI NON

Souffre-t-il de troubles de l'oralité ?

- OUI NON

A-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?

- OUI NON

Est-il à jour de ses vaccins ?

- OUI NON

LES SOINS QUOTIDIENS

La Propreté :

Est-il propre :	« pipi »		« caca »	
A la journée ?	OUI	NON	OUI	NON
A la sieste ?	OUI	NON	OUI	NON
La nuit ?	OUI	NON	OUI	NON

A-t-il besoin qu'on lui demande d'aller aux toilettes ?

- OUI NON

HABITUDES ALIMENTAIRES

Déjeune-t-il au matin ?

- OUI NON

Comment mange-t-il ? Seul Avec votre aide

Quelle est sa boisson principale dans la journée ? :

Comment (verre, gobelet à bec, biberon) ?

Régime : Normal Sans viande Sans porc Végétarien

Allergies alimentaires :

LA VIE QUOTIDIENNE, SES HABITUDES, LE LANGAGE

A la maison, que sait-il faire seul ? (Habillement, sa toilette ...)

.....
.....

A la maison, que fait-il avec vous ?

.....
.....

Quelle(s) langue(s) entend-t-il parler à la maison ?

- Française
 Autres :

Où en est-il dans le développement de son langage ? :

- Utilise les mots
- Utilise le « je »
- Sait articuler correctement
- Fait des phrases
- Utilise la communication non verbale

JEUX, JOUETS, ACTIVITES PREFEREES, ECRANS

Jeux de construction Oui Non / Véhicules Oui Non
 Jeux Imitation Oui Non / Lecture Oui Non
 Puzzles Oui Non / Activités manuelles Oui Non
 Autres :

Quelles sont ses activités préférées ? Quels sont ses jeux préférés ?

.....

.....

Combien de temps sait-il rester sur la même activité ?

.....

Votre enfant a-t-il l'occasion de participer à différentes activités ?

.....

.....

Passe-t-il du temps devant les écrans ? Oui Non

Si Oui, combien de temps par jour ? Que regarde-t-il ? à quel (s) moment(s) ?

.....

.....

ATTITUDES AVEC LES AUTRES ENFANTS ET LES ADULTES

Rencontre-t-il d'autres adultes que vous (familles, amis, voisins, ...) ?

- NON
 - OUI Comment cela se passe-t-il ?
-
-

Rencontre-t-il d'autres enfants, que ses frères et ses sœurs ?

- NON
 - OUI Comment cela se passe-t-il ?
-
-

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Avez-vous des points particuliers à ajouter ? :

.....

.....

