

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 en 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 le 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 ? :

.....
.....

