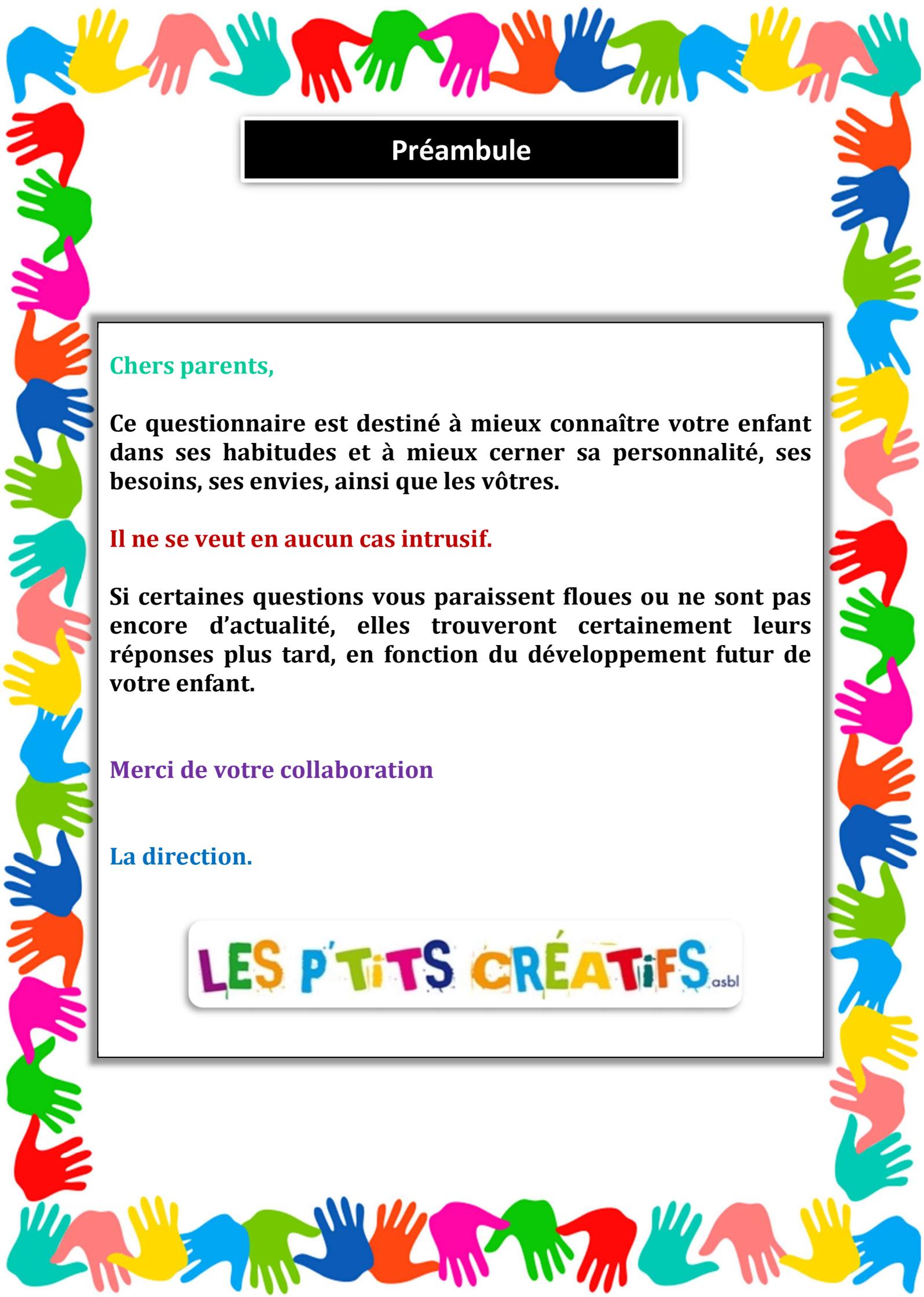


LES P'TITS CRÉATIFS asbl



# Questionnaire de vie

**Ne restez pas incognito !**



## Préambule

Chers parents,

Ce questionnaire est destiné à mieux connaître votre enfant dans ses habitudes et à mieux cerner sa personnalité, ses besoins, ses envies, ainsi que les vôtres.

**Il ne se veut en aucun cas intrusif.**

Si certaines questions vous paraissent floues ou ne sont pas encore d'actualité, elles trouveront certainement leurs réponses plus tard, en fonction du développement futur de votre enfant.

Merci de votre collaboration

La direction.

**LES P'TITS CRÉATIFS** asbl

Qui suis-je ?



**Je m'appelle :** \_\_\_\_\_

**Je suis né(e) le :** \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ semaines

**Taille et poids à la naissance :** \_\_\_\_\_

**Je suis inscrit depuis le :** \_\_\_\_\_

**J'ai un doudou :** Oui  Non

**Il s'appelle :** \_\_\_\_\_

**J'ai une tétine :** Oui  Non

**A la maison on me parle en :** \_\_\_\_\_

**Mon adresse :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

D'où viens-je ?

Ma maman

Elle s'appelle : \_\_\_\_\_

Sa date de naissance : \_\_\_\_\_

Son numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Son adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Grossesse - Remarque : \_\_\_\_\_

Naissance - Remarque : \_\_\_\_\_



Mon papa

Il s'appelle : \_\_\_\_\_

Sa date de naissance : \_\_\_\_\_

Son numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Son adresse e-mail : \_\_\_\_\_



Autre (tuteur, contact d'urgence,...)

Il/Elle s'appelle : \_\_\_\_\_

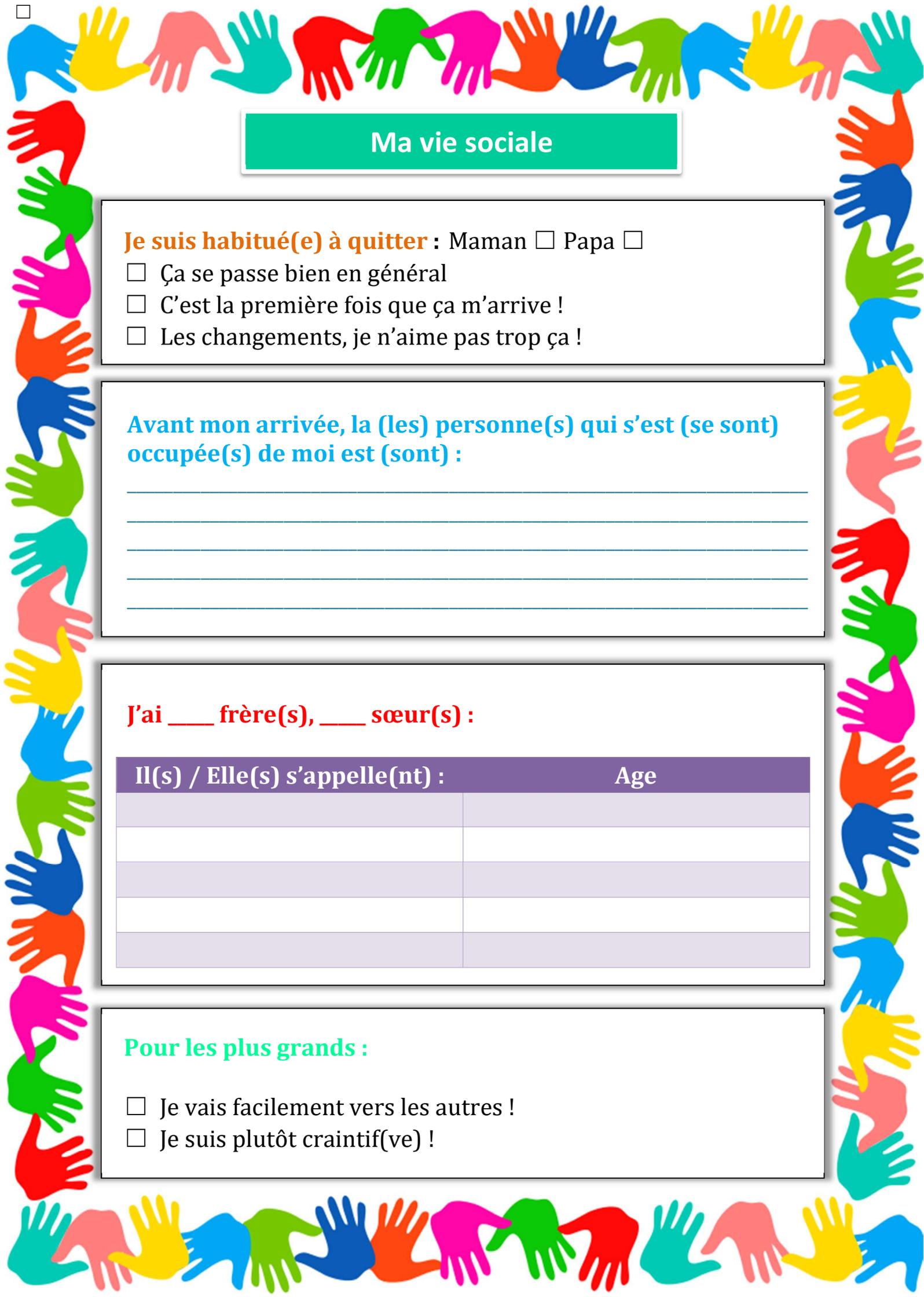
Sa date de naissance : \_\_\_\_\_

Son numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Son adresse mail : \_\_\_\_\_

Relation avec l'enfant : \_\_\_\_\_





## Ma vie sociale

**Je suis habitué(e) à quitter :** Maman  Papa

- Ça se passe bien en général
- C'est la première fois que ça m'arrive !
- Les changements, je n'aime pas trop ça !

**Avant mon arrivée, la (les) personne(s) qui s'est (se sont) occupée(s) de moi est (sont) :**

---

---

---

---

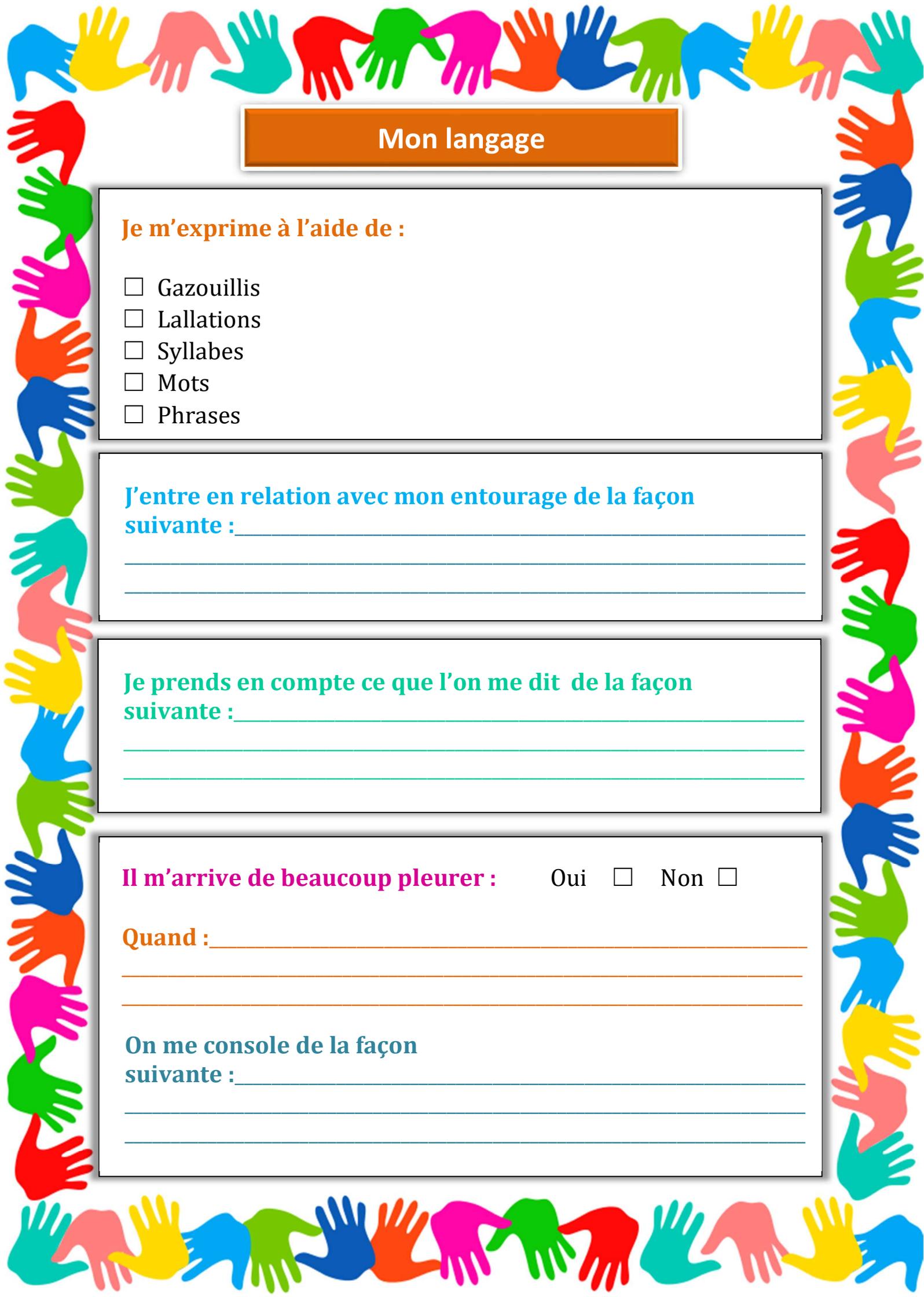
---

**J'ai \_\_\_ frère(s), \_\_\_ sœur(s) :**

Il(s) / Elle(s) s'appelle(nt) :	Age

**Pour les plus grands :**

- Je vais facilement vers les autres !
- Je suis plutôt craintif(ve) !



## Mon langage

**Je m'exprime à l'aide de :**

- Gazouillis
- Lallations
- Syllabes
- Mots
- Phrases

**J'entre en relation avec mon entourage de la façon suivante :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Je prends en compte ce que l'on me dit de la façon suivante :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Il m'arrive de beaucoup pleurer :**      Oui       Non

**Quand :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**On me console de la façon suivante :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Mon éveil

**Pendant mes moments d'éveil, je suis installé(e) :**

- Dans les bras
- Dans une écharpe
- Dans un relax
- Dans un parc
- Sur un tapis d'éveil
- Autre : \_\_\_\_\_

**Combien de temps ? :** \_\_\_\_\_

**Mon comportement est :** Agité  Calme

**Mon activité préférée est :** \_\_\_\_\_

**Mes jouets préférés sont :** \_\_\_\_\_

**Je joue :** Seul  Avec un adulte

**Je me retourne :** Dos → Ventre  Ventre → Dos

**Je rampe :** Oui  Non

**Je marche à 4 pattes :** Oui  Non

**J'attrape des choses :** Oui  Non

**Je suis capable de m'asseoir :** Oui  Non

**Je sais me mettre debout :** Oui  Non



## Mon sommeil

**Matin** de \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ **Durée :** \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

**Après-midi** de \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ **Durée :** \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

**Soir** de \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ **Durée :** \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

**Je dors dans un lit :** Bébé  Enfant  Adulte

**Qualité de mon sommeil :** Calme  Agité  Pleurs

**Ma position préférée :** \_\_\_\_\_

**Je dors dans une chambre seul(e) :** Oui  Non

**Pour m'endormir j'ai l'habitude :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> De sucer mon pouce      | <input type="checkbox"/> D'avoir une tétine      |
| <input type="checkbox"/> De prendre mon doudou   | <input type="checkbox"/> D'écouter de la musique |
| <input type="checkbox"/> D'être bercé(e)         | <input type="checkbox"/> D'avoir une veilleuse   |
| <input type="checkbox"/> D'avoir une présence    | <input type="checkbox"/> D'écouter une histoire  |
| <input type="checkbox"/> D'être dans la pénombre | <input type="checkbox"/> D'être dans le silence  |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____           |  |

**Quand je me réveille :**

- |                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> J'appelle | <input type="checkbox"/> J'attends  |
| <input type="checkbox"/> Je pleure | <input type="checkbox"/> Je me lève |

**Au réveil je suis souvent d'humeur :** \_\_\_\_\_



## Mon alimentation

**Je bois mon eau :** Au biberon  A la tasse  Au verre

**Allergie alimentaire :** \_\_\_\_\_

**Régime particulier :** \_\_\_\_\_

Le régime alimentaire ne sera modifié qu'après accord écrit du médecin

**Ma position pendant le repas :** \_\_\_\_\_

**Durée moyenne du repas :** \_\_\_\_\_

**Je prends mes repas en une seule fois :** Oui  Non

**Je mange seul(e) :** Oui  Non

**Je digère bien :** Oui  Non

**J'ai des régurgitations** Oui  Non

**Je réclame mes repas :** Oui  Non

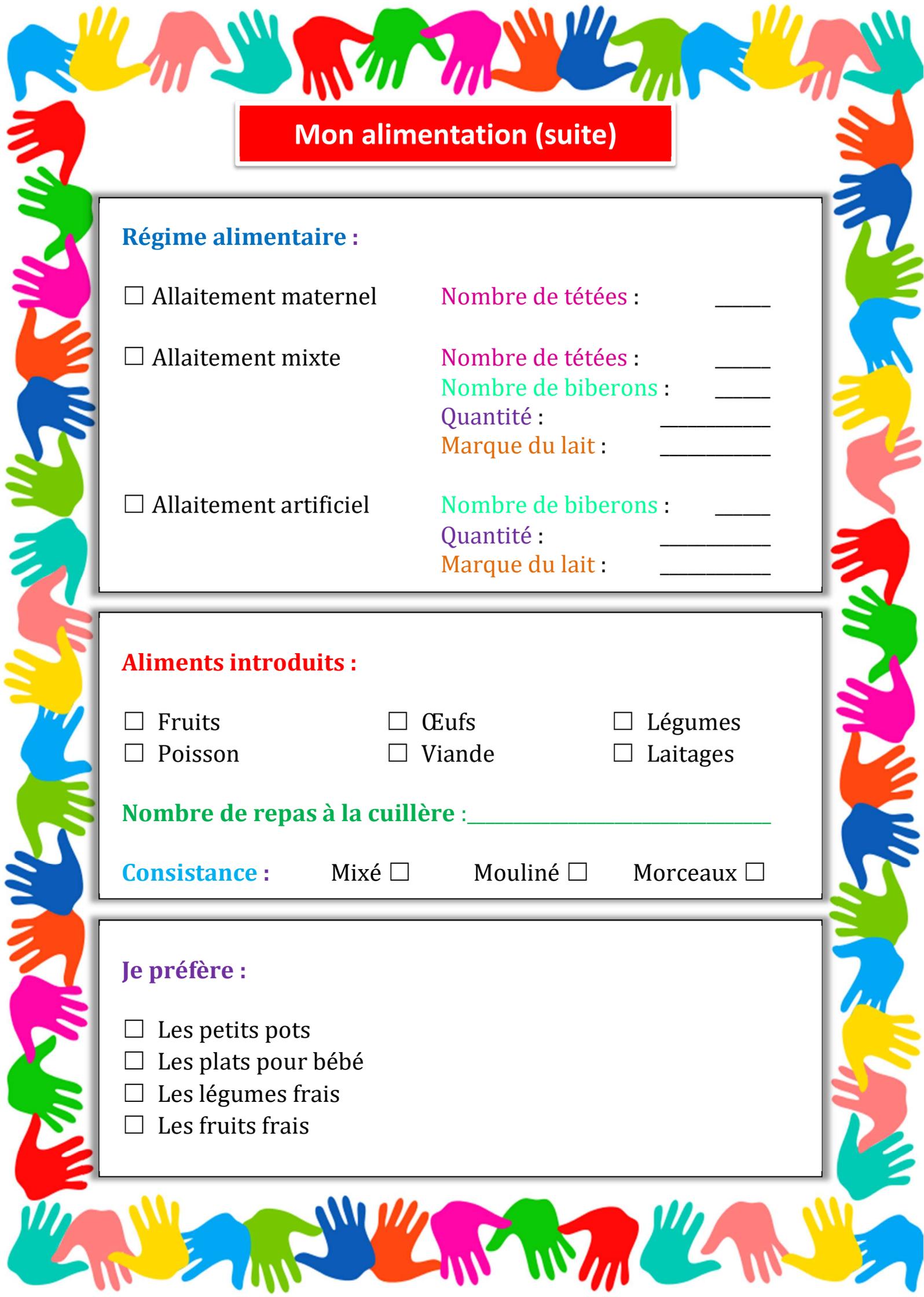
**J'apprécie le moment du repas :** Oui  Non

**J'ai bon appétit :** Oui  Non

**Je mange viande et légumes séparément :** Oui  Non

**Ce que j'aime :** \_\_\_\_\_

**Ce que je n'aime pas :** \_\_\_\_\_



## Mon alimentation (suite)

### Régime alimentaire :

Allaitement maternel

Nombre de tétées : \_\_\_\_\_

Allaitement mixte

Nombre de tétées : \_\_\_\_\_

Nombre de biberons : \_\_\_\_\_

Quantité : \_\_\_\_\_

Marque du lait : \_\_\_\_\_

Allaitement artificiel

Nombre de biberons : \_\_\_\_\_

Quantité : \_\_\_\_\_

Marque du lait : \_\_\_\_\_

### Aliments introduits :

Fruits

Œufs

Légumes

Poisson

Viande

Laitages

Nombre de repas à la cuillère : \_\_\_\_\_

Consistance :      Mixé       Mouliné       Morceaux

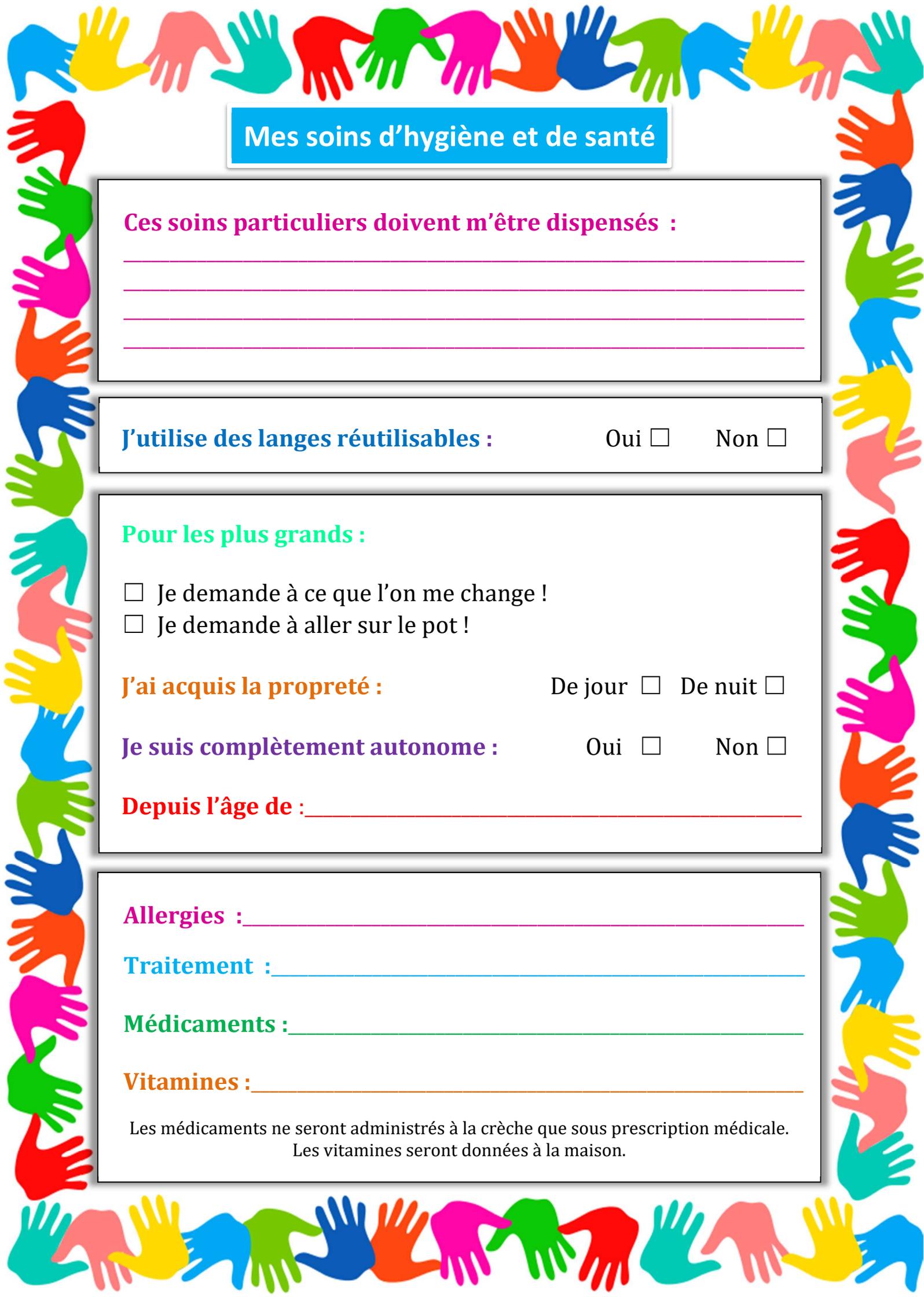
### Je préfère :

Les petits pots

Les plats pour bébé

Les légumes frais

Les fruits frais



## Mes soins d'hygiène et de santé

Ces soins particuliers doivent m'être dispensés :

---

---

---

---

J'utilise des langes réutilisables :

Oui

Non

Pour les plus grands :

- Je demande à ce que l'on me change !
- Je demande à aller sur le pot !

J'ai acquis la propreté :

De jour  De nuit

Je suis complètement autonome :

Oui  Non

Depuis l'âge de : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

Traitement : \_\_\_\_\_

Médicaments : \_\_\_\_\_

Vitamines : \_\_\_\_\_

Les médicaments ne seront administrés à la crèche que sous prescription médicale.  
Les vitamines seront données à la maison.



**Pour mon bien-être !**

**Merci de prévoir une tenue légère**

**Merci de me déshabiller le matin et me rhabiller le soir avant de rentrer**

**Pour des raisons de sécurité, le port de bijoux et pinces est interdit**

**Merci de bien vouloir noter mon prénom sur les langes apportés à la halte**

**LES P'TITS CRÉATiFS** asbl