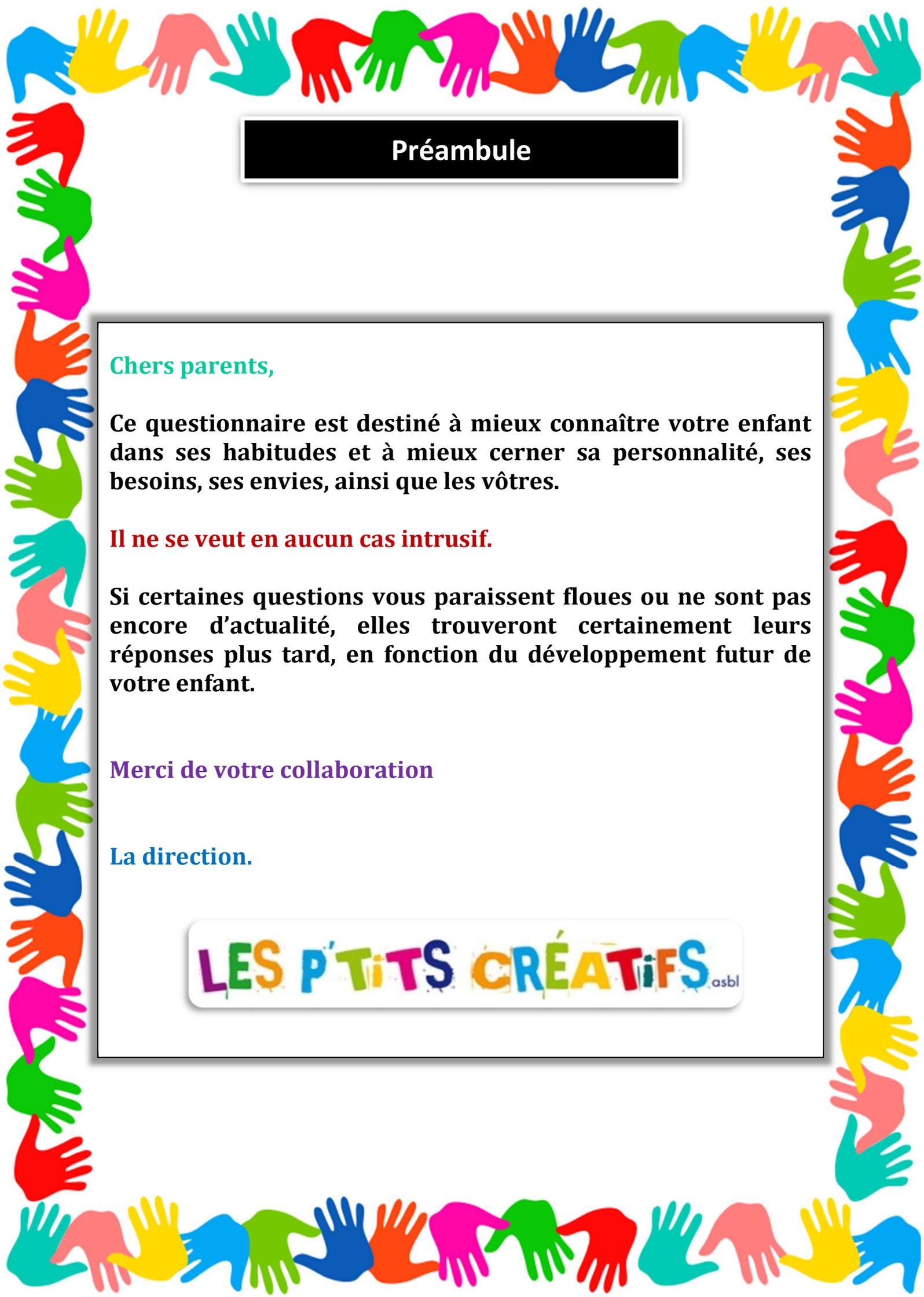


LES P'TITS CRÉATIFS asbl



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 : _____

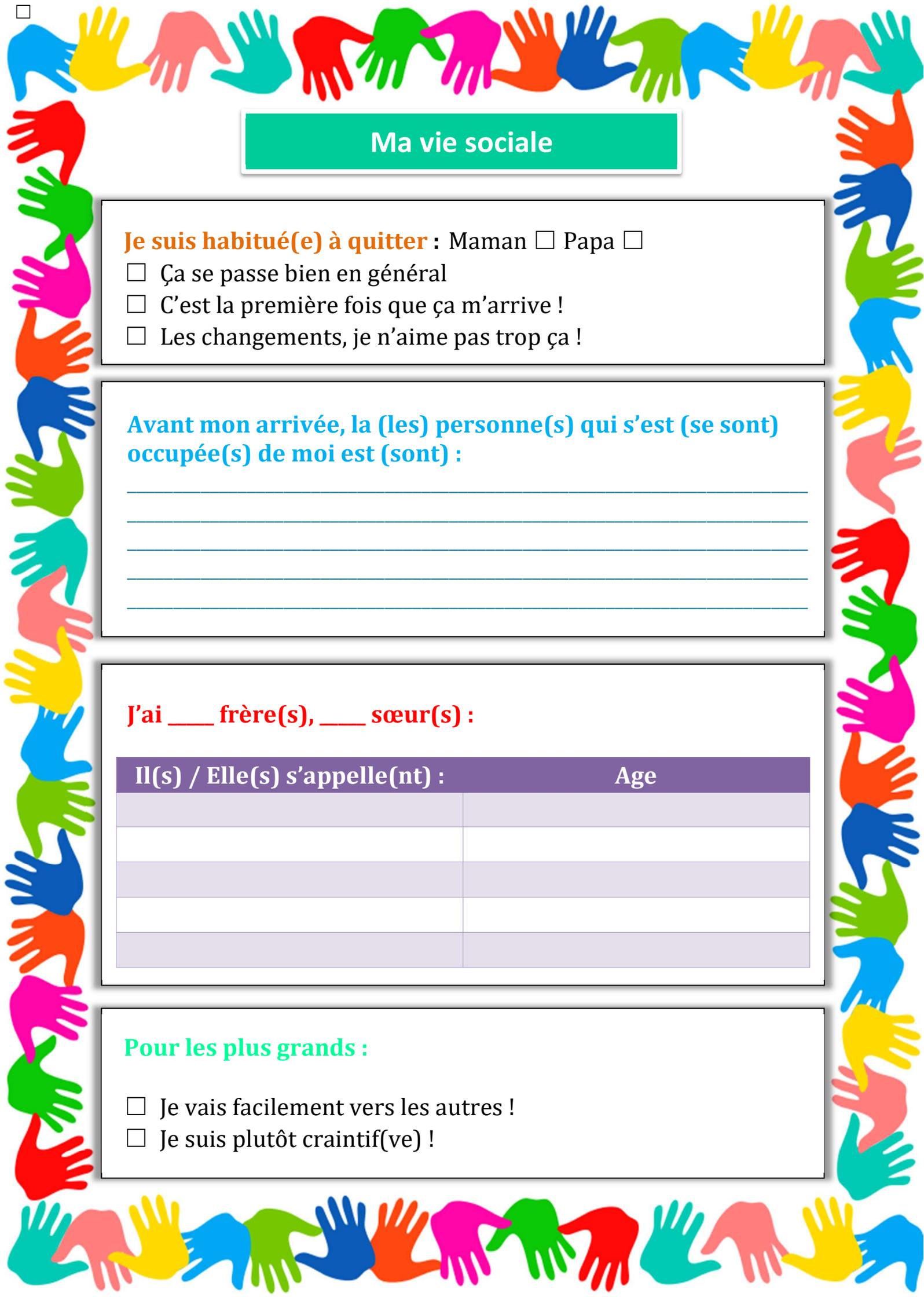
Sa date de naissance : _____

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 !

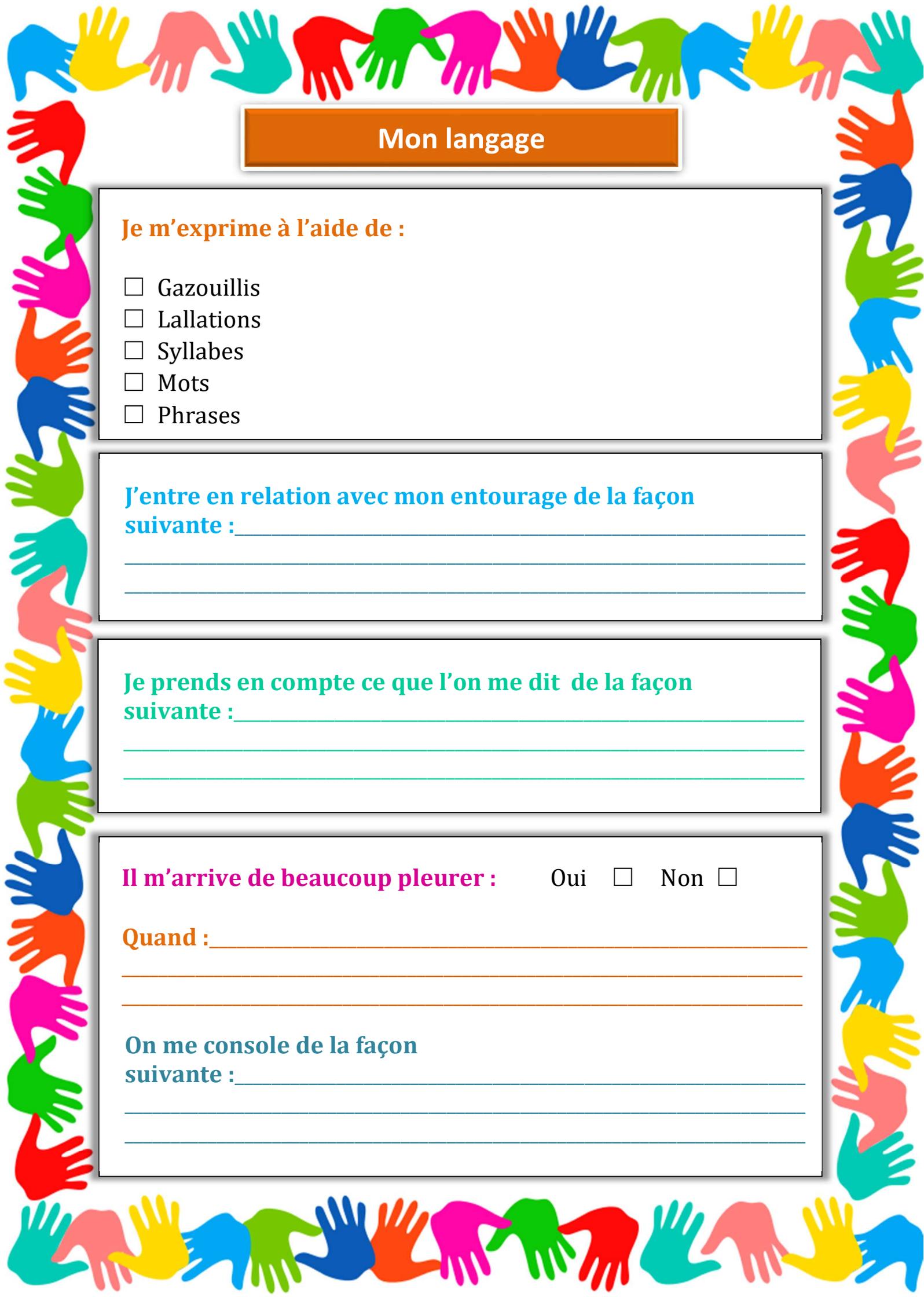
Avant mon arrivée, la (les) personne(s) qui s'est (se sont) occupée(s) de moi est (sont) :

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

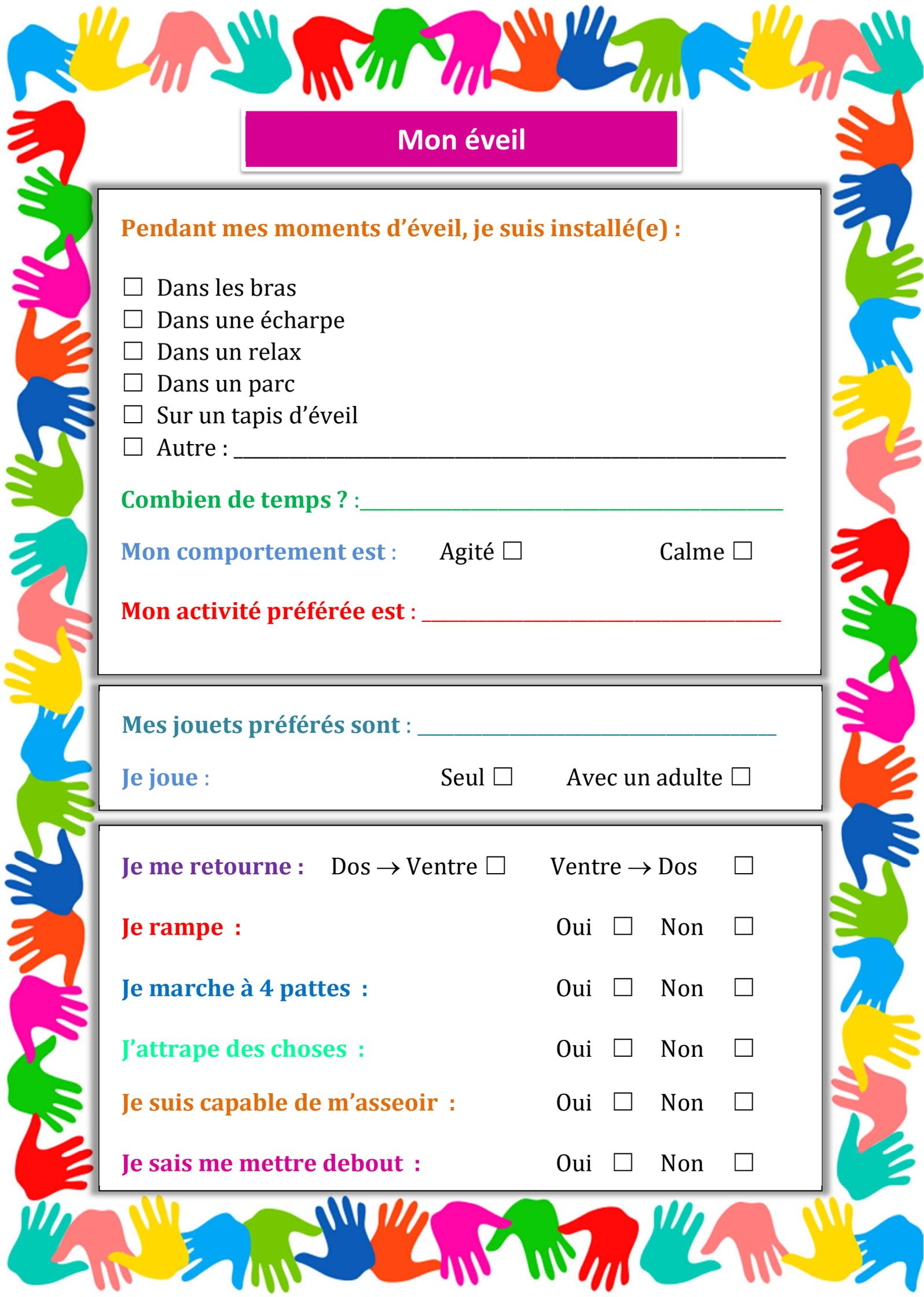
J'entre en relation avec mon entourage de la façon suivante : _____

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

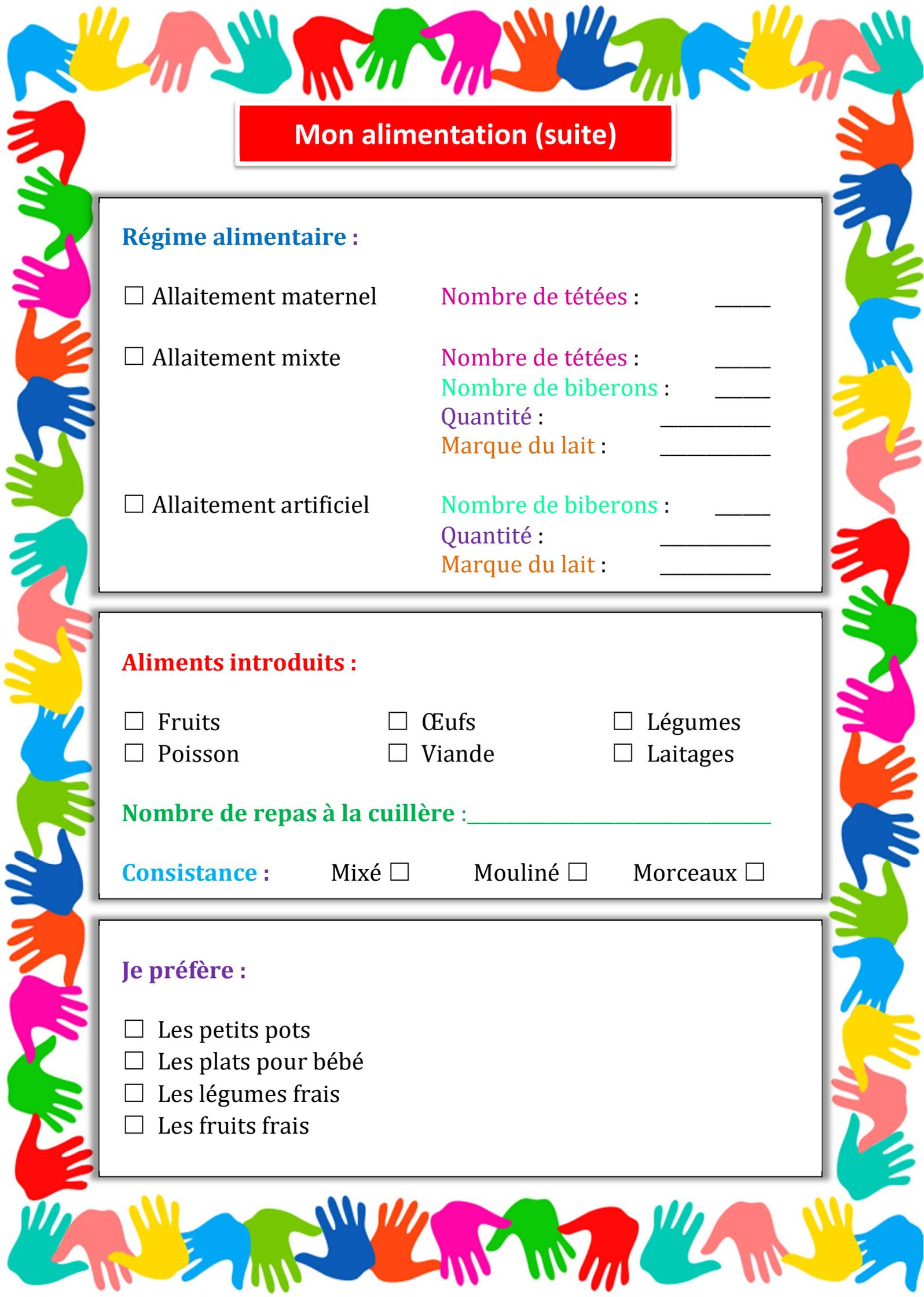
J'apprécie le moment du repas : Oui Non

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