

Garderie Chez tante Laure

Mieux connaître votre enfant

Nom de l'enfant : _____

LES RESEIGNEMENTS SUIVANTS NOUS PERMETTRONT DE PRODIGUER LES MEILLEURS SOINS POSSIBLE À VOTRE ENFANT. NOUS APPRÉCIONS L'AIDE QUE VOUS NOUS ACCORDEZ EN RÉPONDANT AUX QUESTIONS.

1

Votre enfant a-t-il (elle) déjà participé à des activités de groupe, dans une garderie ou ailleurs?

oui non

Si oui, est-ce que cette expérience a été positive pour votre enfant?

oui non

Si non, précisez svp _____

2

Votre enfant a-t-il (elle) des frères et sœurs?

oui non

3

Quelle langue est généralement parlée à la maison?

4

Comment décririez-vous l'attitude générale de votre enfant?

(Tempérament, humeur, comportement) (calme, actif)

Qu'est-ce qui bouleverse ou fait peur à votre enfant?

Quelle est la meilleure façon pour le consoler?

5

Est-ce qu'il (elle) se joint immédiatement avec d'autres enfants ou prend-il (elle) le temps d'observer?

Comment pensez-vous que votre enfant s'adaptera au nouvel environnement de la garderie?

6

Quel sont ses activités et jouets préférés? Ses intérêts?

7

Comment votre enfant réagit-il en présence d'une nouvelle personne adulte?

8

Est-ce que votre enfant a l'habitude de faire une sieste durant la journée?

oui non

Si oui, heure : _____

A-t-il des habitudes particulières ou a-t-il besoin d'un objet transitionnel pour s'endormir (Toutou, doudou)?

9

Comment qualifiez-vous l'appétit de votre enfant?

Est-ce que votre enfant est sélectif dans le choix des aliments?

oui non

Préciser svp _____

Quels sont les aliments préférés de votre enfant?

Quels sont les aliments qu'il aime moins?

Est-ce qu'il a des contraintes à niveau de l'alimentation?

Si oui, lesquelles? _____

Acceptez-vous que votre enfant mange des gâteries lors de certaines occasions spéciales (Ex : anniversaire)?

oui non

Votre enfant est-il propre durant la journée?

oui non

Durant la sieste?

oui non

10

Information supplémentaire concernant l'apprentissage de la propreté?

Votre enfant a-t-il (elle) des restrictions ou allergies alimentaires?

oui non

Si oui, veuillez indiquer tous les aliments qu'il (elle) **ne doit pas manger.**

Votre enfant a-t-il (elle) d'autres allergies dont nous devrions être courant (ex. piqûre d'insecte)?

oui non

Si oui, précisez svp _____

S'il ou elle a une allergie sévère, doit-il(elle) porter un **EpiPen**?

oui non

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie?

oui non

Si oui, précisez svp _____

Votre enfant a-t-il(elle) suivi(e) par un médecin?

oui non

Si oui, veuillez indiquer les raisons : _____

12

Est-ce que ce problème entravera sa présence à la garderie Chez tante Laure ou sa participation aux activités?

oui non

Si oui, précisez svp _____

Votre enfant a-t-il d'autres restrictions physiques dont nous devrions être courant?

oui non

Si oui, expliquez svp _____

Comment votre enfant réagit-il (elle) à l'administration de médicaments?

13

Votre enfant porte-t-il (elle) des lunettes, ou un appareil orthopédique dentaire, audiophone, etc.?

oui non

Si oui, précisez svp _____

Votre enfant a-t-il (elle) des tubes dans les oreilles?

oui non

Si oui, soit-il (elle) porter des protège tympan pour toute activité dans l'eau?

oui non

14

Si l'enfant a déjà eu l'une ou l'autre des maladies suivantes, veuillez indiquer la date.

Maladie	Date	Maladie	Date
Rougeole		Rubéole	
Oreillons		Varicelle	
Variole		Coqueluche	
Hépatite		Asthme	
Scarlatine		Chorée	
Diphthérie		Pneumonie	
Bronchite		Poliomyélite	
Amygdalite		Épilepsie	
Tuberculose		Rhumatisme	

15

Y a-t-il d'autres renseignements que vous jugez importants à communiquer?

Qu'attendez-vous du programme de la Garderie Chez tante Laure?

Comment avez-vous entendu parler de notre garderie?
