



Crèche Les Ti'Loups
565 Rue du Stade
70180 DAMPIERRE –SUR-SALON

"CAP FUTUR"

Association du Centre de Soins
De
DAMPIERRE – VELLEUXON
Rue du stade
70180 DAMPIERRE –SUR-SALON

Les habitudes de vie de votre enfant :

Mieux connaître votre enfant.

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Date de naissance : / /

Adresse :

.....

1/ ALIMENTATION :

- Comment votre enfant exprime-t-il sa faim ?

.....

.....

.....

- Fréquence et heures des repas :

.....

⇒ Allaitement :

- Avez-vous allaité ? OUI NON

- Allaitiez-vous encore ? OUI NON

- Si oui, Comment se passe l'allaitement ?

.....
.....
.....

- Votre enfant mange-t-il : à heures fixes à la demande

⇒ Biberon/ lait en poudre :

- Quel lait utilisez-vous ?

- Quantité bue :

- Température du biberon :

- Comment donnez-vous le biberon ? (environnement, position de l'enfant,...)

.....
.....
.....
.....

⇒ Diversification :

- Texture :

.....
.....

- Votre enfant prend il encore un biberon de lait ? OUI NON

Si oui, avant les légumes ou après les légumes

- Quel type de cuillère utilisez-vous ?

.....
.....

- Votre enfant mange-t-il seul ? Comment ?
.....
.....

- Quel est l'appétit de votre enfant ? Quelle quantité mange-t-il ?
.....
.....

- Y-a-t-il des aliments qu'il n'aime pas ?
.....

Y-a-t-il des aliments qu'il préfère ?
.....

- A-t-il des allergies alimentaires ? OUI NON

Si oui, merci de préciser à quel(s) aliment(s) :
.....
.....

- A-t-il un régime particulier ? OUI NON

Si oui, merci de préciser à quel type de régime alimentaire :
.....
.....

- A quel âge avez-vous introduit les protéines dans son alimentation ?
 viande poisson œuf laitage (yaourt, fromage,...)

- Mélangez-vous les aliments entre eux ? OUI NON

Si oui lesquels ?
.....
.....

- Où mange votre enfant ? Comment est-il installé ?
.....
.....

- Comment le biberon est-il bu ? (en 1 fois, combien de temps environ... ?)
.....
.....

- Votre enfant boit-il dans :
 un biberon un verre à bec un verre

- Y-a-t-il des aliments que vous n'avez pas encore introduits ? OUI NON
Si oui, lesquels ?
.....

2/ Sommeil

- Comment votre enfant exprime-t-il son besoin de sommeil ?
.....
.....

- Votre enfant a-t-il un doudou ? OUI NON
- Une tétine... ? OUI NON

- Où dort-il ? (type de lit, turbulette, ...).....
.....
.....

- Comment s'endort-il ? (position, environnement, rituel d'endormissement...).....

.....
.....
.....
.....

- Quel est son rythme de sommeil ? (heures d'endormissement, durée des siestes...) .

.....
.....
.....
.....

- Dort-il dans le noir ? OUI NON

- Restez-vous à côté de lui le temps qu'il s'endorme ? OUI NON

- Fait-il ses nuits ? OUI NON

3/ Soins/Changes :

- Votre enfant est-il propre ? OUI NON

Si oui, depuis quel âge ? ans

1 - Votre enfant est en couche :

- A-t-il des allergies connues aux couches, produits de soin ? OUI NON

Si oui, lesquelles ?

.....
.....

- Quels produits utilisez-vous pour le change ?

.....

.....

- Comment se passe le change à la maison ?

.....

.....

2 - Votre enfant est propre :

- Va-t-il :

sur le pot

Sur les toilettes

Sur un réducteur

- Le demande t'il

OUI

NON

- Porte t-il :

des culottes

des couches culottes

À la sieste : des culottes

des couches

4/ Eveil/ Développement.

-Où en est votre enfant dans son développement moteur ?

- Quels mouvements fait-il seul ?

.....

.....

.....

.....

- Quelles positions a-t'il acquises ?

.....

.....
.....
.....

- Se déplace-t-il ? OUI NON

Si oui, comment se déplace t'il ?

.....
.....

- Comment s'exprime-t-il ? (gazouillis, langage,...)

.....
.....
.....

- A-t-il l'habitude d'être au contact d'autre adultes ? OUI NON

- D'autres enfants ? OUI NON

Si oui, dans quelles circonstances ? (famille, garde d'enfants...)

.....
.....
.....

- Comment entre-t-il en communication, en relation avec les autres enfants ?

.....
.....
.....

Avec les autres adultes ?

.....

.....
.....

- A-t-il des jouets/jeux préférés ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

.....

.....

- A-t-il des peurs, des inquiétudes particulières ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

.....

.....

- S'adapte-t-il facilement aux changements ? OUI NON

Si oui, de quelles manières ?

.....

.....

.....

- A-t-il déjà vécu des expériences en collectivité ? OUI NON

- A-t-il déjà été confronté à la séparation avec vous ? OUI NON

- Avez-vous des remarques, des questions ?
-
-

- Avez-vous des remarques, des questions ? (suite)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date : / /