

Élément d'information sur votre enfant

Nom de l'enfant : _____

Renseignements relatifs à la famille

Mon enfant vit avec : Mère Père Autre personne : _____

Mon enfant a des frères : Non Oui Âge : _____ Prénom : _____

a des sœurs : Non Oui Âge : _____ Prénom : _____

Habitudes de l'enfant et comportement social et affectif

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté un service de garde ? Oui* Non

Si oui de quel genre ? Milieu familial Installation Garderie privée

Habitudes alimentaires

Votre enfant mange habituellement ? Peu Normalement Beaucoup

Quels sont les aliments que votre enfant aime le plus ?

Quels sont les aliments que votre enfant déteste le plus manger ?

Votre enfant mange-t-il bien avec une cuillère par lui-même : Oui Non

Habitudes relatives à l'hygiène et la santé

L'enfant est-il propre? Oui Non A-t-il l'habitude d'aller à la toilette seule? Oui Non

Votre enfant porte-t-il des couches? Oui Non

Votre enfant a-t-il reçu l'administration de tous les vaccins conformes? Oui Non

Votre enfant a-t-il l'habitude de faire la sieste? Oui* Non Si oui l'horaire : _____