



# QUESTIONNAIRE de RENTREE

## Moyenne Section / Grande Section /CP

Nom de l'enfant : .....Prénom : .....

*Ces informations sont confidentielles et seront mis à disposition des accueillants de votre enfant. Ce questionnaire est important, il nous permet d'obtenir des informations indispensables au bon déroulement de l'adaptation et de l'accueil quotidien de votre enfant.*

*Afin de réussir au mieux l'accueil et l'intégration de votre enfant, nous vous invitons à répondre aux questions suivantes afin de donner le maximum d'informations à notre équipe.*

### RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Nom et prénom de l'enfant utilisé à la maison : .....

De quelles origines sont les parents de l'enfant:

Père : .....Mère : .....

Langue parlée à la maison : .....

Si une autre langue que le français est parlé à la maison :

\* Est-ce que votre enfant parle français ? oui / non \*

\* Est-ce que votre enfant comprend le français ? oui / non \*

Quelles religion ou pratiques culturelles souhaiteriez-vous que votre enfant ou le personnel respecte ?.

.....

Est-ce qu'il y a des activités qui ne correspondent pas à vos valeurs familiales ou religieuses ?

.....

.....

Certaines familles possèdent leurs propres règles. Expliquez-nous brièvement ce que vous souhaiteriez que nous sachions :

.....

.....

.....

Les informations suivantes nous permettrons de proposer des activités visant à enrichir l'environnement multiculturel dans le quotidien de votre enfant.

Souhaiteriez-vous intervenir auprès des enfants pour leur donner une idée de votre métier, culture, musique, histoire, nourriture, artisanat etc ?

.....

.....

.....

### Information générale

Est-ce que votre enfant a déjà été scolarisé ?

Oui, à l'école publique – Oui, dans une école privée – N'a pas été scolarisé \*

Si oui, dans quelle école ?

.....

.....

Quel était son rythme de fréquentation ?

Mi-temps - Plein-temps - Occasionnellement \*

\* Entourer la bonne réponse

Votre enfant a-t-il des phobies ? oui / non \*

Lesquels : .....  
.....

**Repas**

Est-ce que votre enfant a quelque restriction ou allergies alimentaires ? oui / non \*

Si oui, lesquelles .....  
.....

Est-ce que votre enfant mange seul ? oui / non \*

En général, votre enfant a-t-il un petit , moyen ou gros appétit ? petit - moyen - gros \*

**Hygiène**

Est-ce que votre enfant va aux toilettes seul ? oui / non \*

Si non, donnez-nous des détails qui pourront nous aider à l'accompagner aux toilettes à l'école :

.....  
.....

Votre enfant s'essuie-t-il seul ? Oui / non

**Sommeil**

Quelle est la durée de sa sieste l'après-midi ?.....

Comment votre enfant va au lit et comment s'endort-il ? Quelles sont ses habitudes ?

.....

Est-ce que votre enfant à un doudou ou/et une sucette pour dormir ? doudou - sucette \*

Précisions : .....  
.....

Indiquez s'il vous plaît l'heure à laquelle votre enfant à l'habitude de dormir le soir :.....

**ATOUT BOUT CHOU**

Qu'attendez-vous d'Atout Bout Chou 2 ?

.....  
.....

Est-ce que nous vous avons donné l'accompagnement nécessaire lors de votre arrivée dans la structure ?

.....

Qu'est ce que vous avez apprécié/pas apprécié lors de votre entrée chez Atout Bout Chou ?

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

Y-a-t-il des points particuliers que nous pourrions améliorer ? Avez-vous un commentaire particulier ?

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

Merci d'avoir pris de votre temps pour compléter ce questionnaire. Votre avis est important et nous aide à accueillir au mieux les familles dans notre établissement.

\* Entourer la bonne réponse