

CADRE RESERVE A LA DIRECTION

Date de rentrée :Section :

Salle :Rythme :



QUESTIONNAIRE de RENTREE BEBE – CRECHE

Nom de l'enfant :Prénom :

Date naissance...../...../.....

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

Prénom de l'enfant utilisé à la maison (si différent) :

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 *

* Est-ce vous souhaiteriez que la personne qui va accueillir votre enfant durant la période d'intégration parle la langue utilisée à la maison ? 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 (anniversaire, Noël...)?

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

Pour quelles raisons avez-vous inscrit votre enfant :

- Parce que papa et maman travaillent
- Pour un problème de garde ponctuel (nounou en congés, ...)
- Pour socialiser l'enfant (apprendre à vivre avec d'autres enfants)
- Pour un éveil particulier de l'enfant (motricité, langage, activités spécifiques ...)
- Autres :

* Entourer la bonne réponse

Information générale

Est-ce que votre enfant a **déjà été gardé par une autre personne** que papa/maman ?

Famille (tante, mamie) - Garderie – Nounou à la maison - amis *

Si oui, à quelle fréquence ?

.....

Votre enfant a-t-il des **phobies** (peurs) ? oui / non *

Lesquelles :

.....

REPAS

Est-ce que votre enfant a une quelconque **restriction ou allergie alimentaire** ? oui / non *

Si oui, lesquelles ?

Est-ce que votre enfant a des problèmes de reflux ou autres soucis alimentaires ? oui / non *

.....

HYGIENE

Votre enfant a-t-il une allergie de contact ? (Crème, spray...) oui / non

Si oui, indiquez-nous laquelle :

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.

COMMENTAIRES

Y a-t-il des commentaires particuliers à faire concernant votre enfant ?

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

* Entourer la bonne réponse