

## CADRE RESERVE A LA DIRECTION

Date de rentrée : .....Section : .....

Salle : .....Rythme : .....



## QUESTIONNAIRE de RENTREE PREMATERNELLE

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 ?

.....

**Est-ce que votre enfant a un doudou** : oui / non \*

Nommez-le : .....

Décrivez-le : .....

.....

**Est-ce que votre enfant a une sucette** : oui / non \*

Veillez  
agrafer une  
photo du  
doudou de  
votre enfant

**Quels sont les chants ou comptines** que votre enfant affectionne particulièrement ?

.....

.....

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 \*

.....

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

Comment qualifieriez-vous **l'appétit de votre enfant** ? .....petit – moyen – gros \*

Comment se compose **son petit déjeuner** ? .....

Le **déjeuner du midi** est t-il ..... mixé – petits morceaux \*

Comment se composent **les goûters** :

**MATIN** ( horaires : .....)

- Biberon de lait
- Yaourt
- Compote / fruits
- Biscuits/pain

**APRES MIDI** (horaires : .....)

- Biberon de lait
- Yaourt
- Compote / fruits
- Biscuits/pain

Comment **boit -il de l'eau** ?..... biberon - tasse bec verseur - verre \*

**HYGIENE**

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

Si oui, indiquez-nous laquelle : .....

Votre enfant est-il en couche ? oui / non \*

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

Votre enfant est-il propre la journée ? oui / non \*

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

.....  
.....

**SOMMEIL**

Quelles sont les signes de fatigues de votre enfant ?

.....  
.....

Indiquez les heures auxquelles votre enfant à l'habitude de dormir durant la journée :

Sieste 1 : de ..... à .....

Sieste 2 : de ..... à .....

Sieste 3 : de ..... à .....

Comment votre enfant va au lit et comment s'endort-il ? Quelles sont ses habitudes (Lumière/Obscurité, berceuse/chanson, câlin/bercement, s'endort-il seul ?)

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

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

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 enfants ?

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

\* Entourer la bonne réponse

.....

.....