

## PROFIL DE L'ENFANT

NOM DE FAMILLE : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ AGE À L'HEURE ACTUELLE : \_\_\_\_\_

NOM PARENT 1 : \_\_\_\_\_ NOM PARENT 2 : \_\_\_\_\_

Si les parents sont séparés/divorcés, indiquez les droits de visite:

\_\_\_\_\_

FRÈRES ET SOEURS : \_\_\_\_\_ AGE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autre(s) personne(s) vivant au foyer : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### JEUX :

Votre enfant joue-t-il avec les enfants du voisinage ?  Oui  Non

Votre enfant regarde-t-il la télévision ?  Oui  Non

Si oui, quelles sont ses émissions préférées ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quels sont ses jeux préférés à l'intérieur ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quels sont les livres qui l'intéressent davantage ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quels sont ses expériences de jeux en groupe ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## PROFIL DE L'ENFANT

### DIVERS :

Votre enfant a-t-il l'habitude de faire une sieste ?  Oui  Non

Si oui, combien de temps dort-il ? \_\_\_\_\_

Votre enfant dort-il bien ?  Oui  Non

Si non, indiquez les raisons ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des peurs ?  Oui  Non

Si oui, décrivez-les ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### (ENFANT DE 6 ANS ET PLUS) VOTRE ENFANT EST-IL :

DROITIER  GAUCHER  AMBIDEXTRE

### ALLERGIES :

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ?  Oui  Non

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

Décrivez la marche à suivre en cas de réaction allergique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Votre enfant est-il allergique à un médicament ?  Oui  Non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il une autre allergie quelconque ? (ex : piqûre d'insecte) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## PROFIL DE L'ENFANT

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ETAT DE SANTE DE L'ENFANT :

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie ?

Oui

Non

Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

A-t-il déjà été hospitalisé ?

Oui

Non

Si oui, indiquez à quel hopital et la raison : \_\_\_\_\_

Si l'enfant a déjà eu l'une ou l'autre des maladies suivantes, veuillez cocher et indiquer la date :

ROUGEOLE : \_\_\_\_\_

RUBÉOLE : \_\_\_\_\_

OREILLONS : \_\_\_\_\_

VARICELLE : \_\_\_\_\_

VARIOLE : \_\_\_\_\_

COQUELUCHE : \_\_\_\_\_

HÉPATITE : \_\_\_\_\_

ASTHME : \_\_\_\_\_

SCARLATINE : \_\_\_\_\_

CHORÉE : \_\_\_\_\_

DIPHTÉRIE : \_\_\_\_\_

PNEUMONIE : \_\_\_\_\_

BRONCHITE : \_\_\_\_\_

POLIOMYÉLITE : \_\_\_\_\_

AMYGDALITE : \_\_\_\_\_

EPILEPSIE : \_\_\_\_\_

TUBERCULOSE : \_\_\_\_\_

RHUMATISME ARTICULAIRE : \_\_\_\_\_

### HABITUDES ALIMENTAIRES :

Votre enfant a-t-il bon appétit ?

Oui

Non

A-t-il des restrictions alimentaires ?

Oui

Non

Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

Quels sont ses aliments préférés ? \_\_\_\_\_

Quels sont ceux qu'il n'aime pas ? \_\_\_\_\_

**GARDERIE LA FARANDOLE**

[www.garderielaforandole.ca](http://www.garderielaforandole.ca)



## PROFIL DE L'ENFANT

### DISCIPLINE :

Quelle attitude préconisez-vous pour discipliner votre enfant ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### PERSONNALITE :

Décrivez en quelques mots la personnalité de votre enfant ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT A LA GARDERIE :** (Indiquez le numéro de téléphone si autre(s) personne(s) que parent(s)/tuteur(s))

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SIGNATURE D'UN PARENT/TUTEUR : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

