

PROFIL DES TOUT-PETITS

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 : _____

Y aura-t-il d'autres personnes (parents ou amis) qui seront impliquées dans les soins de l'enfant ?

Oui

Non

Si oui, veuillez énumérer ces personnes : (Indiquez le nom, le lien avec l'enfant et le numéro de téléphone)

SOMMEIL :

Votre enfant fait-il la sieste durant la journée ? Oui Non

Si oui, à quel moment ? _____

A quelle heure se couche-t-il le soir ? _____

A quelle heure se lève-t-il le matin ? _____

Se réveille-t-il pendant la nuit ? Oui Non

Si oui, combien de fois environ ? _____

GARDERIE LA FARANDOLE

www.garderielaforandole.ca



PROFIL DES TOUT-PETITS

Votre enfant utilise-t-il une tétine/sucette pour s'endormir ? Oui Non

A-t-il une couverture ou un jouet préféré pour faire la sieste ? Oui Non

Si oui, pourriez-vous l'apporter à la garderie ? Oui Non

APPRENTISSAGE DE LA PROPRETE :

Avez-vous commencé à habituer votre enfant à aller sur le petit pot ? Oui Non

Semble-t-il intéressé à commencer à utiliser le petit pot ? Oui Non

Aimeriez-vous que la garderie commence à l'habituer au petit pot ? Oui Non

HABILLAGE :

Votre enfant est-il capable de s'habiller seul ? Oui Non

Aide-t-il à s'habiller ? Oui Non

Nous allons initier votre enfant aux plus simples étapes de l'habillement.

Croyez-vous que ceci représentera un problème pour lui/elle ? Oui Non

Si oui, pourquoi ? _____

HABITUDES ALIMENTAIRES :

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

Si oui, lesquelles ? _____

A-t-il des restrictions alimentaires ? Oui Non

Si oui, lesquelles ? _____



PROFIL DES TOUT-PETITS

Quels sont ses aliments préférés ? _____

Quels sont ceux qu'il n'aime pas ? _____

Votre enfant se nourrit-il seul ? Oui Non A encore besoin d'aide

Votre enfant a-t-il bon appétit ? Oui Non

A quel moment de la journée mange-t-il son repas principal ? _____

Prend t-il encore les aliments liquides dans un biberon ? Oui Non

Si oui, à quel(s) moment(s) de la journée ? _____

S'assoit-il en famille avec vous au repas du soir ? Oui Non

Utilisez-vous une chaise haute pour lui faire prendre ses repas ? Oui Non

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

POIDS : _____ TAILLE : _____

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 : _____

GARDERIE LA FARANDOLE

www.garderielaforandole.ca



PROFIL DES TOUT-PETITS

Votre enfant a-t-il des allergies (autres qu'alimentaires)
dont nous devrions être au courant (ex : piqûre d'insecte) ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ? _____

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

Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

Est-il présentement suivi par un médecin ?

Oui Non

Si oui, pourquoi ? _____

Votre enfant a-t-il des restrictions physiques

dont nous devrions être au courant ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ? _____

Comment réagit-il à l'administration d'un médicament ? _____

Votre enfant porte-t-il des lunettes, un appareil orthopédique,
dentaire ou audiophone ?

Oui Non

Si oui, précisez : _____

Votre enfant a-t-il des tubes dans les oreilles ?

Oui Non

Doit-il porter des protèges-tympons pour toutes activités avec de l'eau ?

Oui Non

PERSONNALITE :

Votre enfant a-t-il déjà été exposé à des situations
de groupe avant de venir à la garderie ?

Oui Non

Si oui, veuillez décrire : _____

A-t-il déjà été gardé par des parents/ami(e)s/gardien(ne)s ?

Oui Non

Pourriez-vous décrire la réaction de votre enfant à votre Départ? _____



PROFIL DES TOUT-PETITS

Lorsqu'il joue avec d'autres enfants, est-ce qu'il se joint immédiatement au groupe ou observe-t-il d'abord ?

Comment pensez-vous qu'il s'adaptera au nouvel environnement de la garderie ?

Décrivez en quelques mots la personnalité de votre enfant : _____

ATTENTES DES PARENTS :

Quelles expériences aimeriez-vous faire vivre à votre enfant à la garderie la Farandole ? _____

Avez-vous des idées, des questions ou des inquiétudes dont vous aimeriez discuter ? _____

Aimeriez-vous rencontrer la directrice de la garderie pour en discuter ?

Oui

Non

SIGNATURE D'UN PARENT/TUTEUR : _____

DATE : _____

