

FORMULAIRE « TOUT SUR MOI »

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance de l'enfant: _____

Comment prononcez-vous le nom de votre enfant ? _____

Sous quel nom souhaitez-vous qu'on appelle votre enfant ? _____

HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT

Votre enfant est-il né prématurément ? Si oui, à quel âge gestationnel : _____

Est-ce que l'enfant : s'élève rampe marche avec de l'aide marche sans aide

Cas dans lesquels l'enfant peut devenir capricieux : _____

Qu'est-ce qui reconforte votre enfant pendant ces périodes difficiles ? _____

_____.

INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

Chez qui l'enfant réside-t-il ? _____

Qui d'autre vit dans le domicile (frères et sœurs, famille élargie, animaux) ?

Langue parlée au domicile : _____

Y a-t-il des mots dans votre langue maternelle que nous devrions connaître ?

Veuillez nous indiquer les coutumes, rituels ou traditions culturelles de votre famille qui nous aideront à enrichir l'expérience de votre enfant :

ÉTAT DE SANTÉ

Allergies : _____

Maladies ou irritants de peau : _____

Médications : _____

Y a-t-il d'autres informations de santé dont nous devrions être informés ? :

HABITUDES ALIMENTAIRES

Caractéristiques ou difficultés spéciales ? _____

Régime spécial : _____ Formula : _____ Lait maternel : _____ Autre : _____

Fréquence et quantité : _____

Votre enfant boit-il au biberon ? OUI NON

Pour les nourrissons : a-t-il commencé les aliments solides ? OUI NON

Si oui, veuillez préciser : _____

Aliments préférés : _____ Aliments refusés : _____

Enfant mange avec un(e)/les : cuillère fourchette mains autre

Enfant mange dans/sur un(e) : chaise haute rehausseur chaise à table

Toute autre information sur l'alimentation dont nous devrions être informés :

HABITUDES DE TOILETTES/CHANGE

Y a-t-il souvent des érythèmes fessiers ? YES NO

Les selles sont-elles régulières : OUI NON à quelle fréquence : _____

Problèmes de : diarrhée OUI NON constipation OUI NON

Votre enfant est-il propre ? OUI NON PROPRETÉ NOCTURNE ACQUISE

Votre enfant vous indique-t-il quand il doit aller aux toilettes ? OUI NON

S'essuie-t-il seul après les toilettes ? OUI NON Besoin d'aide

Toute autre information sur l'apprentissage de la propreté dont nous devrions être informés : _____

HABITUDES DE SOMMEIL

L'enfant dort dans : un berceau un lit avec les parents

L'enfant dort sur : le dos le côté le ventre

Horaires de sieste ? Matin : _____ h Après-midi : _____ h

Informations supplémentaires sur la sieste ? _____

Que prend l'enfant pour aller au lit ? _____ Humeur au réveil : _____

Heure du coucher le soir : _____ Réveil le matin : _____

Y a-t-il des rituels pour l'endormissement ou le réveil ? Si oui, veuillez décrire :

RELATIONS SOCIALES

Votre enfant est-il : amical agressif timide renfermé

Réaction face aux étrangers ? _____

Jouets et activités préférés ? _____

PHILOSOPHIE DE LA PARENTALITÉ

Avez-vous des idées sur l'éducation parentale qui nous aideraient à mieux prendre soin de votre enfant en tant qu'individu ?

Nom de parent/ responsable

Date

Nom de parent/ responsable

Date