

Adaptation du _____ au _____ référente:

NOM:

PRENOM:

Date de naissance: / / Age:

A t'il des frères et soeurs?

NON OUI cet enfant s'appelle

_____ est agé(e)de _____

_____ est agé(e)de _____

_____ est agé(e)de _____

_____ est agé(e)de _____

_____ est agé(e)de _____

Mode de garde avant la crèche:

O Aucun O Amis O Halte-garderie

O Nourrice O Crèche

O Papa ou maman O Famille

O Crèche familiale O Autres

Avez vous repris le travail? NON OUI

Quels seront les horaires habituels de crèche de l'enfant?

LUN MAR

MER JEU

VEN

Qui l'accompagnera à la crèche?

O Papa O Maman O Autres _____

Qui viendra le(la)chercher?

O Papa O Maman O Autres _____

A t'il un objet préféré?

NON OUI O Doudou D C J

D:Dormir O Tétine D C J

C: Se consoler O Doigts D C J

J: Jouer O Autres D C J

ALIMENTATION:

Votre enfant a t'il été allaité? NON OUI

Que mange -t-il(elle)?

MATIN _____

9H _____

Midi _____

Goûter _____

Soir _____

Si biberon tétine en O Caoutchouc ou O Silicone

Y 'a t'il des aliments que votre enfants n'apprécie pas?

NON OUI Lesquels _____

O Allergie _____

O Religion _____

Boit-il (elle)?

De l'eau sans sucre O NON O OUI

Du jus de Fruits O NON O OUI

Comment le (la) faites vous boire?

O Verre , O biberon, O A la cuillère, O A la pipette/

Où mange t'il(elle)?

O Bras, O relax, O transat, O Chaise haute, O A table,

O seul avec aide

Mange t'il (elle) en même temps que vous? NON OUI

Dans quelle pièce mange t'il (elle)?

O Cuisine, O salle à manger, O Autres _____

A quelle température votre enfant aime t'il (elle) manger ses repas? O

chaud, O Froid, O Tiède

LE CHANGE

A quels moments changez vous votre enfant?

O avant les repas, O Après les repas, O Autres _____

Se manifeste t'il (elle) quand sa couche est sale?

NON OUI

Quelles attitudes adoptez vous pendant le change?

O Vous parlez, O vous chantez, O vous jouez, O vous la calmez,

O Autres _____

Dans quel endroit changez vous votre enfant?

O salle de bains, O Chambre, O salon, O Cuisine,

O Autres _____

A la maison, qui change la couche de votre enfant?

O Papa, O Maman, O Frère/soeur O Autres _____

Qu'utilisez vous pour la toilette intime de votre enfant?

O Gant, O Coton, O Lingettes, O Savon, O Lait de toilette

O Autres _____

Votre enfant est'il sujet aux érythèmes fessiers?

O NON O OUI

Quels produits utilisez vous? _____

SOMMEIL

Où votre enfant dort-il (elle)?

O Dans sa chambre, O Dans votre Chambre, O Dans la chambre des frères ou soeurs, O Autres _____

Dans quelle position dort-il (elle)?

O Sur le dos, O Sur le ventre, O sur le côté droit/gauche

Pendant son sommeil, votre enfant est-il (elle) couvert de:

O Pyjama seul, O Turbulette, O Drap, O Couette, couverture

Fait 'il (elle) ses nuits complètes? NON OUI

Combien de temps dort-il(elle)?

Le matin _____

Après le repas _____

La nuit _____

Quels sont ses signes de sommeil?

O Pleure, O se frotte les yeux, O Suce ses doigts, O prends son doudou O Autres _____

Comment votre enfant s'endort-il (elle)?

O Tout seul, O dans les bras de l'adulte, O sur le ventre de l'adulte, O Bercé dans le lit, O avec de la musique, O avec des jouets, O caché par un drap ou une couche en tissus, O avec un coussin, O dans l'obscurité, O avec de la lumière

O autres _____

Lorsque votre enfant se réveille, est il (elle) levé tout de suite?

NON OUI

EVEIL

Où votre enfant est-il (elle) installé pour jouer?

O sur le sol, O dans un parc, O Dans son lit, O Dans un transat, O Dans les bras, O Autres _____

La plupart du temps votre enfant joue t'il (elle):

O Seul, O Avec l'adulte, O Avec d'autres enfants (Frère, soeur, autres _____)

A t-il des jouets préférés?

NON OUI Lesquels _____

A t-il un contact avec d'autres enfants? NON OUI

Votres enfant s'assoit il (elle) seul? NON OUI

Autres remarques:

RDV avec le Dr

le

le

le

le

Personnes autorisées

Mr

tel

Mme

tel

Famille

tel

Body, tshirts, pantalons, sweats, chaussettes, thermomètre, flacon effelralgan, ordonnance, douleurs dentaires et fièvres, crème pour le change, éosine, sérum physio, brosse, tétine, doudou

Adaptation

J1

J2

J3

J4

J5

J6

J7

J8

J9

J10

source:Crèche du Chat Perché