

Nom : \_\_\_\_\_

**COMPLÉMENT À LA FICHE D'INSCRIPTION**

**COMPORTEMENT ET HABITUDES DE VIE DE VOTRE ENFANT**

**1- SOMMEIL**

Son sommeil est-il? calme  agité

A-t-il besoin de quelque chose pour s'endormir? Non  Oui  \_\_\_\_\_

Fait-il la sieste à la maison? Non  Oui  si oui, combien de temps? \_\_\_\_\_

Comment est son éveil? \_\_\_\_\_

**2- COMPORTEMENT AVEC LES AUTRES**

Attitudes avec les enfants : \_\_\_\_\_

Attitudes avec les adultes : \_\_\_\_\_

Attitudes avec les étrangers : \_\_\_\_\_

**3- ATTITUDES QUI LE CARACTÉRISENT** (timide, calme, agité, pleurs, colère, crises, etc.)

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

**4- ALIMENTATION** (mange bien ou non, aliments préférés, ce qu'il n'aime pas, habitudes, etc.)

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

**5- CE QU'IL AIME FAIRE** (bouger, chanter, peindre, etc.)

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

**6- Y A-T-IL EU DES CHANGEMENTS MAJEURS DANS LA VIE DE VOTRE ENFANT OU DANS SA SITUATION FAMILIALE** (séparation, mortalité, accident, changement de pays, etc.) **QUI ONT EU UNE INFLUENCE SUR SON COMPORTEMENT?**

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

Nom : \_\_\_\_\_

**LES PARTICULARITÉS DU POUAPON (0-2 ANS)**

1) **Alimentation :**

**Les boires :** Avez-vous allaité ? non  oui  Lui donnez-vous encore du lait maternel ? non  oui

Quel date prévoyez-vous un changement de lait : \_\_\_\_\_ Boit-il ? : au verre  au biberon   
seul  dans vos bras  Marque du lait \_\_\_\_\_

**Horaire de ses boires :**

LE MATIN

L'APRÈS MIDI


**Nourriture :**

À quelles heures mange-t-il : AM \_\_\_\_\_ PM \_\_\_\_\_

Que mange-t-il? Quelle quantité? \_\_\_\_\_

Quels aliments avez-vous commencé à introduire :

- Fruits : \_\_\_\_\_

- Légumes : \_\_\_\_\_

- Céréales : \_\_\_\_\_

- Viandes : \_\_\_\_\_

Quels aliments aime-t-il le plus? \_\_\_\_\_

Mange-t-il? Seul  avec l'aide d'un adulte

À la cuillère  à la fourchette  avec ses mains

Éprouve-t-il des problèmes de digestion? non  oui

2) **Habitudes de vie**

**Les dodos :** Fait-il ses nuits ? non  oui  Depuis combien de temps? \_\_\_\_\_

Fait-il des siestes ? non  oui  à quelle fréquence \_\_\_\_\_ combien de temps \_\_\_\_\_

S'endort-il ? seul  ou dans vos bras

Quelle est la routine pour l'endormir? \_\_\_\_\_

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