

## CADRE RESERVE A LA DIRECTION

Date de rentrée : .....Section : .....

Salle : .....Rythme : .....



## QUESTIONNAIRE de RENTREE BEBE - CRECHE

Nom de l'enfant : .....Prénom : .....

Date naissance...../...../.....

*Ces informations sont confidentielles et seront mis à disposition des accueillants de votre enfant. Ce questionnaire est important, il nous permet d'obtenir des informations indispensables au bon déroulement de l'adaptation et de l'accueil quotidien de votre enfant.*

*Afin de réussir au mieux l'accueil et l'intégration de votre enfant, nous vous invitons à répondre aux questions suivantes afin de donner le maximum d'informations à notre équipe.*

### RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

**Prénom de l'enfant** utilisé à la maison (**si différent**) : .....

De **quelles origines** sont les parents de l'enfant :

Père : .....Mère : .....

**Langue parlée à la maison** : .....

Si une autre langue que le français est parlée à la maison :

\* Est-ce que votre enfant parle français ? oui / non \*

\* Est-ce que votre enfant comprend le français ? oui / non \*

\* Est-ce vous souhaiteriez que la personne qui va accueillir votre enfant durant la période d'intégration parle la langue utilisée à la maison ? oui / non \*

**Quelles religion** ou pratiques culturelles souhaiteriez-vous que votre enfant ou le personnel respecte ?

.....

Est-ce qu'il y a des activités qui ne correspondent pas à vos valeurs familiales ou religieuses ?

.....

.....

Certaines familles possèdent leurs propres règles. Expliquez-nous brièvement ce que vous souhaiteriez que nous sachions :

.....

.....

**Pour quelles raisons avez-vous inscrit votre enfant :**

- Parce que papa et maman travaillent
- Pour un problème de garde ponctuel (nounou en congés, ...)
- Pour socialiser l'enfant (apprendre à vivre avec d'autres enfants)
- Pour un éveil particulier de l'enfant (motricité, langage, activités spécifiques ...)
- Autres : .....

\* Entourer la bonne réponse

**Information générale**

Est-ce que votre enfant **a t-il déjà été gardé par une autre personne** que papa/maman ?

Famille (tante, mamie) - Garderie – Nounou à la maison - amis \*

Si oui, à quelle fréquence ?

.....

**Est-ce que votre enfant a un doudou** : oui / non \*

Nommez-le : .....

Décrivez-le : .....

.....

**Est-ce que votre enfant a une sucette** : oui / non \*

Votre enfant a-t-il des **phobies** (peurs) ? oui / non \*

Lesquelles : .....

.....

**REPAS**

Est-ce que votre enfant a quelque **restriction ou allergie alimentaire** ? oui / non \*

Si oui, lesquelles ? .....

Est-ce que votre enfant a des problèmes de reflux ou soucis alimentaires ? oui / non \*

.....

**HYGIENE**

Votre enfant a-t-il une allergie de contact ? (crème, spray...) oui / non \*

Si oui, indiquez-nous laquelle : .....

Merci d'avoir pris de votre temps pour compléter ce questionnaire. Votre avis est important et nous aide à accueillir au mieux les familles dans notre établissement.

Merci d'avoir pris de votre temps pour compléter ce questionnaire. Votre avis est important et nous aide à accueillir au mieux les familles dans notre établissement.

**COMPORTEMENT**

Votre enfant a-t-il des comportements particuliers dont vous souhaiteriez nous faire part ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\* *Entourer la bonne réponse*