

MON ENFANT à



**Photo
D'identité**

NOM :

Prénom :

Fille Garçon

Date de naissance :

Ecole : Classe :

COMMUNICATION et RELATIONS

Votre enfant comprend il le français ? OUI NON

Maîtrise t il une autre langue ? OUI NON

SI OUI, laquelle ?

Votre enfant a des frères et sœurs ? OUI NON si OUI combien ? :

Quelles sont ses peurs ?.....

A-t-il un objet qu'il emmène, qui le réconforte ? OUI NON

HABILLAGE / DESHABILLAGE

Votre enfant reconnaît ses habits ? et ses chaussures ? OUI NON

Votre enfant a-t-il besoin d'aide pour se vêtir et se dévêtir ? OUI NON



LES REPAS

Votre enfant aime manger ? OUI NON

Mangez-vous à heures régulières à la maison ? OUI NON

Les aliments préférés de votre enfant : Les aliments que votre enfant ne mange pas :
1. 1.
2. 2.

Aime t il boire ? OUI NON

Quelle est sa boisson préférée ?.....

Des allergies alimentaires ?.....



LA TOILETTE

Votre enfant aime se nettoyer le visage ? OUI NON

Avec la période de COVID-19 que nous vivons, votre enfant a-t-il saisi l'importance des gestes barrières ? OUI NON

Votre enfant se lave t il les mains soigneusement ? OUI NON



PROPRETE

Votre enfant est il propre jour et nuit ? OUI NON

Va t il de manière autonome aux toilettes ? OUI NON

Votre enfant a-t-il besoin d'aide pour se nettoyer après le passage aux toilettes ? OUI NON

Autres informations :

SOMMEIL

Votre enfant dort il bien la nuit ? OUI NON

Votre enfant a-t-il besoin d'un temps calme ? OUI NON

Votre enfant a-t-il besoin d'une sieste ? OUI NON



INTERETS et ACTIVITES de l'ENFANT

Quels sont les activités extra scolaires de votre enfant ?

1.

2.....

Votre enfant sait-il nager ? OUI NON

DEPLACEMENT

Votre enfant aime marcher et se déplace facilement OUI NON

Votre enfant a conscience du danger ? OUI NON

Votre enfant monte et descend les escaliers sans aide ? OUI NON

