

## Questionnaire d'accueil

# MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DE VOTRE ENFANT

Identification de l'enfant	
PRÉNOM ET NOM DE L'ENFANT	
DATE DE NAISSANCE	
LANGUE PARLÉE	
LANGUE COMPRISE	

Santé					
ALLERGIE(S) SI OUI, PRÉCISER	<input type="checkbox"/> OUI			<input type="checkbox"/> NON	
INTOLÉRANCE(S) SI OUI, PRÉCISER  SYMPTÔMES OBSERVABLES	<input type="checkbox"/> OUI			<input type="checkbox"/> NON	
MALADIE NÉCESSITANT DES PRÉCAUTIONS OU INTERVENTIONS PARTICULIÈRES	Asthme	Épilepsie	Eczéma	Diabète	
	Perte de conscience	Convulsions	Autres		
TROUBLE	Cardiaque	Visuel	Auditif	Moteur	
	De langage	Spectre de l'autisme	Autres		

Alimentation				
HORAIRE DES REPAS À LA MAISON				
FRÉQUENCE ET QUANTITÉ DES BIBERONS	Heure	h	h	h
	Quantité	ml	ml	ml
QUANTITÉ APPROXIMATIVE DE NOURRITURE INGÉRÉE PAR L'ENFANT PAR REPAS				
ALIMENTS DÉJÀ INTRODUITS À LA MAISON	<a href="#">Fiche d'introduction des aliments</a>			
MANGE	SEULE	AVEC AIDE	CHAISE HAUTE	ASSIS SUR UN PARENT
TEXTURE	LISSE	ÉPAISSE	AVEC GRUMEUX	EN MORCEAUX
ALIMENTATION AUTONOME OU DME (diversification alimentaire menée par l'enfant)	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON	
PRÉFÉRENCES ALIMENTAIRES				
ALIMENT(S) QUE L'ENFANT N'AIME VRAIMENT PAS				
INFORMATIONS SUR LE DÉROULEMENT DES REPAS À LA MAISON POUR FACILITER LA TRANSITION MAISON/SGEE. (Ex. : Toute la famille mange ensemble, l'enfant prend son doudou durant le repas, comment est nourri l'enfant, les habitudes, la durée des repas, etc.)				
ATTENTIONS PARTICULIÈRES OU AUTRES INFORMATIONS EN LIEN AVEC L'ALIMENTATION QUE VOUS VOULEZ TRANSMETTRE AU SERVICE DE GARDE				

Hygiène		
CONTRÔLE DES SELLES	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> EN APPRENTISSAGE
CONTRÔLE DES URINES	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> EN APPRENTISSAGE
AIDE POUR ALLER À LA TOILETTE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
PORTE UNE COUCHE À LA SIESTE SEULEMENT	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
BROSSE SES DENTS SEUL(E)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Sommeil				
MOMENTS DE LA SIESTE	1) h	2) h	3) h	4) h
DURÉE APPROXIMATIVE				
RITUEL POUR S'ENDORMIR				
OBJETS DE RÉCONFORT				

Interaction			
CONTACTS AVEC D'AUTRES ENFANTS	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> À L'OCCASION	<input type="checkbox"/> NON
DÉCRIVEZ COMMENT L'ENFANT ENTRE EN CONTACT AVEC LES AUTRES			
DÉCRIVEZ SON TEMPÉRAMENT			

Compléments d'information	
AVEZ-VOUS DES INQUIÉTUDES QUANT AU DÉVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT? SI OUI, LESQUELLES?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
AUTRES INFORMATIONS QUE VOUS AIMERIEZ NOUS TRANSMETTRE	