

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

1. ALIMENTATION

Aime-t-il?

a)	Introduit	OUI	NON
Les viandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les fruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les pâtes alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les poissons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les desserts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les jus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le lait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les légumineuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) **Quels sont les mets préférés de votre enfant?**

c) **Quels sont les mets qu'il n'aime vraiment pas?**

d) **Comment qualifieriez-vous son appétit?**

e) **Souffre-t-il d'allergie alimentaire?**

f) **Suit-il une diète spéciale?**

g) **Boit-il?** au verre au biberon seul dans vos bras

Horaire de ses boires

Le matin : _____ L'après-midi : _____

4. SOMMEIL

L'enfant fait-il une sieste : AM : _____ PM : _____ Aucune : _____

Heure(s) de sommeil : _____

Indiquez s'il a des habitudes particulières : _____

5. **HYGIÈNE**

L'enfant a-t-il l'habitude de :

OUI

NON

- a) se laver les mains
- b) se brosser les dents
- c) porter un petit tablier ou bavoir
- d) porter des couches jetables

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IMPORTANT

Chose à apporter : Toutou, doudou, linge de rechange et vêtements appropriés en quantité suffisante, crème solaire sans Paba.

Bébé : Crème à base d'oxyde de zinc pour le siège, lait maternisé.

Commentaires : _____

6. **HABITUDES DE L'ENFANT**

a) **A-t-il des habitudes particulières (ex. : sucer son pouce, crises, etc.)?**

b) **Y a-t-il des domaines dans lesquels il éprouve de la difficulté?**

c) **Ce qui lui est permis à la maison?**

d) **Ce qui lui est refusé à la maison?**

e) **De quelles façons l'amène-t-on à faire des choses qu'il n'aime pas?**

f) **A-t-il des expressions importantes que nous ne pourrions pas comprendre?**

g) **Votre enfant présente-t-il une particularité dans son comportement?**

agressif () agité () apathique ()

nerveux () timide () autre : _____

Remarques : _____