



Centre de la Petite Enfance
Les Petits Lutins
de Drummondville inc.

POUPON

Dans le but de répondre le plus adéquatement et rapidement aux besoins de votre tout-petit, pourriez-vous répondre aux questions suivantes?

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

Habitudes de sommeil

Avant-midi : de _____ à _____

Après-midi : de _____ à _____

Fait habituellement sa sieste dans une bassinet () ou dans un lit ordinaire ()

Je fais dodo avec un objet particulier : Oui () Non ()

Si oui, lequel? _____

Il dort sur le ventre (), sur le dos (), sur le côté ()

Comment s'endort-il? Sa petite routine avant le dodo

Habitudes de propreté

Couches seulement ()

Couches, si pas mouillées, le mettre sur le pot ()

Va sur le pot si on lui fait penser, porte sa couche ()

Va sur le pot si on lui fait penser, ne porte pas de couche ()

Porte sa couche seulement pour le dodo de l'après-midi () de la nuit ()

Informations supplémentaires :

Alimentation

Votre enfant a-t-il une ou des allergie(s) alimentaire(s)? Oui () Non ()

Si oui, à quel(s) aliment(s)? _____

Souffre-t-il d'une ou des intolérance(s) alimentaire(s)? Oui Non

Si oui, à quel(s) aliment(s)? _____

Y a-t-il un aliment ou des aliments que votre enfant n'aime pas ou refuse de manger?

Oui Non

Si oui, lesquels) _____

Liste des aliments déjà introduits :

N.B. Prendre note qu'aucun aliment ne sera introduit avant que vous ne l'ayez introduit vous-même. Il est donc très important de nous aviser au fur et à mesure des aliments que vous introduisez afin que nous puissions diversifier son alimentation.

Votre enfant mange sa nourriture : en purée , en grumeaux , en morceaux

Votre enfant a bon appétit ou faible appétit

Mange seul ou avec aide

Heures auxquelles il prend habituellement ses repas :

Boit avec un verre ordinaire , au verre à bec , seul , avec aide

A-t-il encore son biberon? Oui Non

Heures auxquelles il prend habituellement son biberon :

Quelle sorte de lait boit-il? _____

Température : plutôt froid , moyen , chaud nombre d'onces : _____

Sortes de jus déjà introduits : _____ nombre d'onces : _____

Signes qui démontrent qu'il a faim ou soif : _____

Autres informations

Votre enfant a-t-il une suce? Oui Non

Si oui, à quel moment en a-t-il besoin ou lui donnez-vous?

Ce qu'il aime

Ce qu'il n'aime pas ou ce dont il a peur

A-t-il une ou des habitude(s) particulière(s)?

Toutes autres informations susceptibles de nous aider à connaître votre enfant plus rapidement :

Signature du parent

Date

