

Nom, prénom : _____

Âge : _____

Votre enfant est-il déjà gardé ? oui non précisez _____

Noms des personnes autorisées à venir récupérer votre enfant (munies d'une pièce d'identité) :

SOMMEIL

Doudou : oui non Si oui description.....

Tétine : oui non Si oui description.....

Rythme : - Sieste le matin : oui non Heures/durée.....

- Sieste l'après-midi : oui non Heures/durée

.....

Position : Sur le dos Côté Ventre autre précision.....

Rituel d'endormissement et habitudes :

Musique Accompagnement de l'adulte Turbulette Autres

Environnement : Plein jour Semi-obscurité Obscurité

REPAS

Biberons : à température ambiante tiédi chaud

Composition : _____

Fréquence : _____

Type de repas : Petits pots Repas bébés (mixé) Repas grands

Mouliné Petits- Morceaux

Repas : Mange seul Avec aide

Boit : Au biberon Au bec verseur Au verre

Goûter : Laitage Compote Autre.....

Biscuits : oui non , Pain : oui non , Boudoirs seulement : oui non

HYGIÈNE / CHANGE / ALLERGIE

Propreté : non acquise acquise à solliciter couche sieste uniquement

Change : eau-savon liniment Crème de change ou autre.....

ALLERGIES / INTOLERANCE : oui non Si oui ⇒ précisez.....

⇒ Pour les allergies : PAI + ordonnance (si traitement)

à joindre obligatoirement au dossier de pré-inscription.