

**NOM :** .....

**PRENOM :** .....

Date de naissance .....

Afin de faire mieux connaissance avec votre enfant, nous vous prions de répondre aux questions suivantes :

- L'enfant mange  Seul  
 Avec aide  
 A la cuillère
- L'enfant boit  De l'eau  
 Du jus de fruit  
 Lait  
 Autre (préciser : .....)
- Certains aliments ne sont pas appréciés par l'enfant  
 Non  
 Oui Si oui, lesquels ? .....
- Certains aliments sont contre-indiqués pour l'enfant  
 Non  
 Oui Si oui, lesquels ? .....
- Son appétit  Petit  
 Moyen  
 Grand
- Comment manifeste-t-il sa fatigue ?  
.....
- Quand et combien de temps dort-il ? .....
- Comment s'endort-il ?  Turbulette  
 Sucette  
 Doudou - description doudou : .....
- Lors de l'endormissement l'enfant est-il  Calme  
 Agité
- Utilisation des toilettes  Faut -il l'y inviter  
 Y va de lui-même
- Quelles sont ses peurs et ses angoisses ?  
.....  
.....
- Quelles sont ses activités préférées ?  
.....  
.....
- Remarques utiles :  
.....  
.....