

# QUESTIONNAIRE D'ACCUEIL

## MULTI-ACCUEIL



**Nom et prénom de l'enfant**

.....

**Date de naissance**

.....

**Garçon / Fille**

## PARLONS DE MOI

Pourquoi mes parents ont-ils choisi ce mode d'accueil ? .....

.....

Ai-je des frères et sœurs ? .....

Papa et maman m'ont-ils déjà confié ? A qui ? .....

Me suis-je senti à l'aise (réactions) ? .....

.....

Ai-je un mode d'accueil complémentaire ? Lequel ? .....

## MON SOMMEIL

L'environnement habituel de sieste (volet fermé ou ouvert, veilleuse, type de lit, dans un transat, dans les bras ou un porte bébé,...) .....

Mon rythme de sommeil, à la maison, je dors de ..... h. .... à ..... h. .... le matin

et de ..... h. .... à ..... h. .... l'après midi.

Mes habitudes et rituels d'endormissement : (tétine, doudou, pouce, position pour s'endormir, rituel du coucher : câlins, histoires, bercements, musique,...) .....

.....

Mes signes de fatigue : .....

.....

Ai-je des réveils nocturnes ? .....

## MON HYGIENE

A quelle fréquence mes parents changent-ils ma couche à la maison (ex : après ou avant la sieste, dès que la couche est souillée,...) .....

Avec quels produits : ( eau + savon ou lingettes ou liniment ...) .....

Qu'appliquez-vous en cas d'érythème fessier ? .....

Ai-je l'habitude de faire des lavages de nez ? .....

## MON DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

Suis-je capable de tenir ma tête ? De me retourner ? .....

Suis-je capable de tenir assis tout seul ? Me mettre debout avec appui ? .....

Est-ce que je me déplace ? Comment ? .....

Est-ce que je monte les marches ? .....

## MON LANGAGE

Est-ce que je babille ? .....

Est-ce que je prononce mes premiers mots ? .....

.....

Des phases ? .....

.....

.....  
Mes parents parlent-ils une autre langue que le français à la maison ? .....  
Dans quelle langue me parlent-ils ? .....

## **MON CORPOTEMENT GENERAL**

Comment est-ce que je m'exprime lorsque je suis fatigué ? .....  
.....  
Comment je manifeste mon contentement ou mon mécontentement ? .....  
.....  
Quelle est ma réaction aux limites ? à l'interdit ? .....  
.....

## **MA SOCIALISATION**

Quelle est mon attitude envers les autres ? Adultes (peurs, sourires), enfants (don, tape, morsure) ? .....  
.....  
Quel est mon caractère ? (paisible, colérique, impatient, timoré) .....  
.....

## **MON AUTONOMIE**

Que fais-je tout seul ? (s'habiller, se déshabiller, ranger mes jeux, participer à mettre le couvert,...) .....  
.....

## **MES ACTIVITES**

Quels sont mes jeux préférés ? (livres, jouer dehors, jeux d'imitation, d'eau, danser, chanter,...) .....  
.....  
.....  
Est-ce que je préfère jouer seul ou avec l'adulte ? .....

## **ACQUISITION DE LA PROPRETE**

Quel type de couche je porte ? classique ou couche culotte  
Si votre enfant marche, précisez s'il a pour habitude que sa couche soit changée debout ou allongé :  
.....  
Est-ce que je participe au change (met sa couche seul, me déshabille et/ou me réhabilite seul,...) ?  
.....  
Est-ce que je manifeste des signes d'acquisition (ma couche est sèche, je demande moi-même à aller sur le pot ou sur les toilettes) ? .....  
.....  
Suis-je propre ? .....  
Je préfère aller sur : le pot / aux toilettes avec réducteur  
J'ai commencé à être propre le jour à ..... mois / la sieste à ..... mois / la nuit à ..... mois

## MON ALIMENTATION *Mes habitudes alimentaires et mon rythme de repas*

Ai-je été allaité ? oui / non Si non, quel type de lait ? .....

A quel âge et comment s'est passé mon sevrage ? .....

A quel âge et comment s'est passée ma diversification alimentaire ? .....

Ai-je apprécié ? .....

Quels ont été les premiers aliments que j'ai goûté (légumes, fruits, viandes,...) ? .....

### Quelle est mon alimentation actuelle :

Tous les aliments sont ils introduits ? oui / non

Est-ce que je présente des allergies ? Des évictions alimentaires d'ordre médical ou autres ? .....

Ce que je préfère manger (sucré, salé, chaud, froid) ? .....

Quel est mon appétit ? .....

Comment sont préparés mes repas ? (purée mixée, moulinée, morceaux , texture lisse,... maison ou petits pots) .....

Quelles sont les conditions de mon repas ? Seul ou avec aide ? .....

A la cuillère ou avec les doigts ? .....

En chaise haute ? A table avec mes parents ou autre ? .....

Comment est-ce que je bois ? (au biberon, au verre à bec, au verre) .....

Est-ce que je réclame à boire en dehors des biberons et des repas ? .....

Remarques et autres observations

### SERVICE PETITE ENFANCE

1, place de l'Hôtel de Ville  
06560 VALBONNE SOPHIA ANTIPOLIS  
04 93 12 32 16  
[petite.enfance@ville-valbonne.fr](mailto:petite.enfance@ville-valbonne.fr)



## MON ALIMENTATION ACTUELLE

Nom et prénom de l'enfant : .....

ALIMENTS	LESQUELS	QUANTITES				Âge d' introduction
		Matin	Midi	16h	Soir	
LAIT						
LAITAGES						
LEGUMES						
FRUITS						
PROTEINES						
	Viandes					
	Poissons					
	Œufs					
CEREALES						
	Farine					
	Pain					
	Biscuits					