



# La Maison des Enfants

## FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS 6 mois - 5 ans

**ENFANT** : Nom :

Prénom :

Votre enfant marche-t-il ? :  OUI  NON En cours

### HABITUDES DE VIE DE VOTRE ENFANT :

- Votre enfant possède-t-il un doudou ?  OUI  NON  
une sucette ?  OUI  NON  
*Si oui, merci d'écrire le nom et prénom de l'enfant dessus.*
- Votre enfant fait-il la sieste ?  OUI  NON  
Si oui, fait-il la sieste :  le matin  l'après-midi
- Votre enfant porte-t-il des couches ?  OUI  NON  
Si oui, il porte des couches :  toute la journée  à la sieste
- Votre enfant mange-t-il ?  mixé  en morceaux  
Votre enfant mange-t-il seul ?  OUI  NON
- Votre enfant peut-il boire l'eau du robinet ?  OUI  NON  
*Si non, merci de fournir une bouteille d'eau.*
- Votre enfant a-t-il des allergies ?  OUI  NON  
Si oui, lesquelles ?

- 
- Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?  OUI  NON  
Si oui, lesquels ?

- 
- Quel est son mode de garde habituel ? \_\_\_\_\_

### Autres informations importantes concernant votre enfant :

**Merci de fournir** : les couches, le mode de nettoyage, un change, une turbulette pour la sieste, le doudou et la sucette pour les petits chagrins.

