

# FICHE RENSEIGNEMENT ENFANT DE MOINS DE 6 ANS

Accueil périscolaire de Clouange

Année scolaire 2017/2018



Nom de l'enfant :

Age :

Classe :

*Ce document nous permet de recueillir des informations concernant les habitudes de vie de votre enfant afin de pouvoir s'adapter au mieux au respect de son rythme, et à ses besoins.*

|   |   |                                    |
|---|---|------------------------------------|
|   | A : Acquis / ECA : en cours d'acquisition / NA : non acquis                         | Remarque des parents:              |
| Votre enfant a-t'il déjà été accueilli en collectivité ?                          | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                           |                                    |
| <b>Propreté - hygiène - toilette</b>  |   |                                    |
| Votre enfant sait-il aller seul aux toilettes ?                                   | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ECA <input type="checkbox"/> NA |                                    |
| Votre enfant sait il s'habiller et se chausser seul ?                             | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ECA <input type="checkbox"/> NA |                                    |
| Votre enfant sait il se moucher seul ?  | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ECA <input type="checkbox"/> NA |                                    |
| Autres recommandations des parents:   |   |                                    |
| <b>Repas</b>  |   |                                    |
| Votre enfant sait il couper lui-même ses aliments ?                               | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ECA <input type="checkbox"/> NA |                                    |
| Votre enfant sait il manger proprement ?  | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ECA <input type="checkbox"/> NA |                                    |
| Autres recommandations des parents:   |   |                                    |
| <b>Repos</b>  |   |                                    |
| Votre enfant fait-il la sieste ?  | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                           | Si oui, temps de sieste habituel ? |
| Avez-vous des rituels pour l'endormissement (doudou, oreiller, couverture, ...) ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                           |                                    |
| Autres recommandations des parents:   |   |                                    |

Date :

Signature des parents :