



Crèche les P'tits Potes

FICHE PERSONNELLE DE L'ENFANT

(à remplir par les parents)

NOM _____ PRENOM _____

Date de naissance _____ Sexe Féminin Masculin

Nationalité _____

FRÉQUENTATION À LA CRÈCHE

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après-midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heure d'arrivée _____ Heure de départ _____

VÉCU DE L'ENFANT

Evènements particuliers durant les premières années de vie (grossesse accouchement, difficultés particulières) :

Précédents mode de garde Famille Garderie Accueil familial

Comment cela se passait-il ? _____

ALLERGIES - INTOLERANCES

Votre enfant a-t-il des allergies ? OUI * NON

Votre enfant a-t-il des intolérances ? OUI * NON

*Si oui, remplir la feuille " Allergies et intolérances" et demander un certificat médical.

ALIMENTATION

Appétit en général _____

Allaitement Type de lait : _____ Eau : (cuite, evian, ...) _____

Fréquence : _____

Quantité :

Boit avec : Biberon Bec verseur mou/dur Verre /gobelet

Biberon Marque : _____ No de tétine : _____

Type et fréquence des repas : Repas maison (bébés) Repas crèche mange seul-e avec aide

remarques (habitudes, bouillie, morceaux, ...) _____

Position pour les repas Dans les bras Dans une chaise Dans un relax

Remarques : _____

Interdiction/ restriction alimentaire et raison : _____

SOMMEIL

Doudou- objet transitionnel Type : _____
 Lolette

Nombre de siestes _____ **Fréquence / horaire :** _____

Position sur le dos Sur le ventre * faire signer la décharge Se gère seul(e)

Rituel d'endormissement _____

Remarques : _____

ACCUEIL ET DEPART

Quelles sont vos attentes / habitudes lors de la séparation :

SOCIALISATION

Qu'aime faire votre enfant ? Ses centres d'intérêts : _____

- Sorties Musique Chanter Dinette Poupée Figurines Constructions
 Activités physiques Bricoler Lire/livres Dessiner
 Autres

Remarques _____

LANGAGE

Langue maternelle _____

Langue parlée à la maison _____

Remarques _____

PROPRETE - HYGIENE

Couches journée

Couches sieste

Va sur le pot

Va aux WC

Brossage des dents

Autre _____

Remarques _____

ETAT DE SANTE

Opérations

OUI

NON

Pathologie : _____

Antécédents médicaux _____

Vaccins

OUI

NON

Selon le plan de vaccinaton

Différé

Remarques _____

PORTAGE PHYSIOLOGIQUE

Habitude au portage physiologique ?

OUI

NON

ATTENTES ET BESOINS DE LA FAMILLE

Attentes, besoins, craintes et remarques en général :

Signature des parents :

Date de l'entretien

Educatrice



Crèche les P'tits Potes

PERIODE D'ADAPTATION

Il est demandé à l'enfant une période d'adaptation avant chaque début d'inscription.

Le but de cette démarche est de pouvoir se séparer dans les meilleures conditions possibles, de faire connaissance avec le lieu et l'équipe éducative. L'occasion est offerte également aux parents de rencontrer les éducatrices et de cotoyer de plus près l'institution. Cette adaptation se déroule sur trois journées, mais peut être adaptée en cas de besoin.

NOM _____ **PRENOM** _____

Date de naissance _____ **Sexe** Féminin Masculin

Nom et prénom de l'éducatrice référente _____

		DATE	HEURES
1	Entretien d'accueil avec les parents, l'enfant et la référente	_____	_____
2	1 ^{er} jour d'adaptation	_____	_____
	2 ^{ème} jour d'adaptation	_____	_____
	3 ^{ème} jour d'adaptation	_____	_____

3 Fin de l'adaptation de l'enfant à la crèche et date du commencement de l'horaire convenu en crèche.

L'enfant débutera la crèche le _____

Nom et prénom de l'enfant Educatrice référente	
1ère adaptation : (2h de temps)	
2ème adaptation : (1/2 journée)	
3ème adaptation : (petite journée)	
Remarques	



Crèche les P'tits Potes

ALLERGIE - INTOLERANCE

NOM _____ PRENOM _____

Date de naissance _____ Sexe Féminin Masculin

ALLERGIES - INTOLERANCES

S'agit-il d'une allergie ? OUI NON

Si oui, laquelle _____

S'agit-il d'une intolérance ? OUI NON

Si oui, laquelle _____

Cette allergie/intolérance est prouvée cliniquement ? OUI NON

Si oui, joindre une attestation du médecin traitant.

RÉGIME ALIMENTAIRE

Régime alimentaire OUI NON

Si oui, liste exhaustive des denrées à supprimer de son alimentation.

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

* Supprimer les aliments ci-dessus, également s'il réside des traces d'agents allergènes.

L'enfant a-t-il déjà eu des accidents allergiques ? OUI NON

Si oui, lesquels _____

REACTIONS ET SYMPTOMES

Symptômes en cas de contact avec l'élément déclencheur (précisez)

bucco-pharyngés

Bouche-pharynx

cutanés

peau

Respiratoires

Toux, respiration

COMPORTEMENT EN CAS DE REACTIONS

1

2

3

4

Les parents s'engagent à fournir à la crèche

La trousse de secours complète et se charge de la réapprovisionner en cas de besoin.

Les modes-d'emploi et posologies des médicaments.

Une ordonnance médicale pour toute modification.

Ils sont également avertis du risque inhérent à la collectivité et ce, malgré tous les dispositifs mis en place.

Date

Signature des parents



Crèche les P'tits Potes

FICHE DE DECHARGE

NOM de l'enfant _____ **PRENOM** _____
NOM 1^{er} répondant _____ **PRENOM** _____
NOM 2^{ème} répondant _____ **PRENOM** _____

Nous souhaitons que notre enfant soit couché sur le ventre.

Nous sommes conscients des risques et déchargeons la crèche de toutes responsabilités en cas d'accident.

Date _____

Signature des parents

1^{er} répondant

2^{ème} répondant
