

**Garderie Chez tante Laure
339 Alton Towers Circle
Scarborough, Ontario
M1V 4L3**

Nom de l'enfant : _____

**LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS NOUS PERMETTRONT DE
PRODIGUER LES MEILLEURS SOINS POSSIBLE A VOTRE ENFANT. NOUS
APPRÉCIONS L'AIDE QUE VOUS NOUS ACCORDEZ EN REPONDANT À
CES QUESTIONS.**

- 1. Votre enfant a-t-il (elle) déjà participé à des activités de groupe, dans une garderie ou ailleurs ?**

- 2. Votre enfant a-t-il (elle) déjà gardé (e) par quelqu'un d'autre que vous? (gardienne, voisin, membre de la famille)**

- 3. Quelle langue est généralement parlée à la maison ?**

- 4. Y a-t-il des coutumes ou pratiques religieuses que nous devrions connaître ? (diète, activités, etc.)**

- 5. Qu'est-ce qui bouleverse ou fait peur à votre enfant ?**

- 6. Est-ce un enfant calme ou actif ?**

- 7. Comment est son langage ? Utilise-t-il (elle) des mots en particulier pour designer un objet ? (Baba pour bouteille)**

8. Quels sont ses activités et jouets préférés ? Ses intérêts ?

9. Lorsqu'il (elle) joue avec d'autres enfants, est-ce qu'il (elle) se joint immédiatement au groupe, ou prend-il (elle) le temps d'observer ?

10. Comment pensez-vous que votre enfant s'adaptera au nouvel environnement de la garderie ?

Renseignement sur l'état de santé de l'enfant

Si l'enfant a déjà eu l'une ou l'autre des maladies suivantes, veuillez cocher et indiquer la date

| Date | √ | maladies | date | √ | maladies |
|------|---|-------------|------|---|--------------|
| | | Rougeole | | | Rubéole |
| | | Oreillons | | | Varicelle |
| | | Variolo | | | Coqueluche |
| | | Hépatite | | | Asthme |
| | | Scarlatine | | | Chorée |
| | | Diphtérie | | | Pneumonie |
| | | Bronchite | | | Poliomyélite |
| | | Amygdalite | | | Épilepsie |
| | | Tuberculose | | | Rhumatisme |

1. Votre enfant souffre-t-il d'une maladie Oui Non
Si oui, veuillez préciser :

2. **Votre enfant est-il (elle) suivi (e) par un médecin : Oui Non**
Si oui, veuillez indiquer les raisons :

3. **Est-ce que ce problème entravera sa présence à la garderie Chez tante Laure ou sa participation aux activités ?**

Si oui, veuillez préciser : Oui Non

4. **Votre enfant a-t-il d'autres restrictions physiques dont nous devrions être au courant ?**

Si oui, veuillez expliquer : Oui Non

5. **Comment votre enfant réagit-il (elle) à l'administration de médicaments?**

6 **Votre enfant porte-t-il (elle) des lunettes, ou un appareil orthopédique dentaire, audiophone. Etc. ?**

Si oui, veuillez préciser : Oui Non

7. **Votre enfant a-t-il (elle) des tubes dans les oreilles ?**

Oui Non

Si oui, soit-il (elle) porter des protège tympan

Pour toute activité dans l'eau ? Oui Non

ALLERGIES/ RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

1. **Votre enfant a-t-il (elle) des restrictions alimentaires ?**

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer tous les aliments qu'il (elle) **ne doit pas manger.**

2. **Votre enfant a-t-il (elle) d'autres allergies dont nous devrions être au courant (exemple : piqûre d'insecte) ?**

Oui Non

Si oui, veuillez préciser.

3. **Nous offrirons à votre enfant un menu varié. Quels sont ses aliments préférés ? Comment décririez-vous son appétit ?**

GENERALE

1. **Comment disciplinez-vous votre enfant ?**

2. **Qu'attendez-vous du programme de la Garderie Chez tante Laure ?**

3. **Y a-t-il d'autre renseignement que vous désirez partager avec nous.
Exemple : Y a-t-il des frères ou des sœurs, y a-t-il d'autre adulte dans
la maison ?**

4. **Comment avez-vous entendu parler de notre garderie (école, parent,
Annuaire francophone)**

**VEUILLEZ REpondre À CES QUESTIONS SI ELLES
SONT APPROPRIÉES À L'AGE DE VOTRE ENFANT.**

1. Votre enfant dort-il (elle) l'après-midi. De quelle heure à quelle heure ?

2. A-t-il (elle) un jouet ou une couverture pour la sieste ?

3. Votre enfant a-t-il (elle) été initié (e) à la propreté ?

La garderie Chez tante Laure vous remercie d'avoir pris le
temps de compléter ce formulaire.