

# PROFIL DE L'ENFANT

Date d'inscription : \_\_\_\_\_ Date du début : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT ET LA FAMILLE

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Sexe :  masculin  féminin

Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° d'Assurance-maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Nom du médecin de famille : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

### **ATTENTION – ALLERGIES : indiquez les allergies de votre enfant**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Adresse du domicile : \_\_\_\_\_ App. N° : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Nom de la mère/du tuteur : \_\_\_\_\_ Nom du père/du tuteur : \_\_\_\_\_

Lieu de travail (mère) : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Lieu de travail (père) : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

État civil :  Célibataire  Marié  Veuf  Séparé  Divorcé

Avec qui l'enfant a-t-il vécu la plus grande partie de la dernière année?  Mère  Père  Deux parents  Tuteur  
 Autre (précisez) \_\_\_\_\_

Qui a la permission de venir chercher votre enfant à la garderie ? ...

\_\_\_\_\_

Y a-t-il quelqu'un qui n'a pas la permission de venir chercher votre enfant à la garderie?

\_\_\_\_\_

Quelle(s) langue(s) parlez-vous à la maison?  Anglais  Français  Autre (précisez) \_\_\_\_\_

Frères et sœurs : Nom \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_

---

... Si une personne doit venir chercher l'enfant, le ou les parents doivent avertir la garderie au préalable.

Autre personne qui vit au domicile :

Nom \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_

## PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE (autres que parents/tuteurs)

**1. Nom :** \_\_\_\_\_ **Adresse :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_ **Lien de parenté :** \_\_\_\_\_

**2. Nom :** \_\_\_\_\_ **Adresse :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_ **Lien de parenté :** \_\_\_\_\_

## GARDERIE / PRÉ-MATERNELLE

Votre enfant a-t-il déjà été dans une garderie / pré-maternelle?  Oui  Non

Si oui, pendant combien de temps?  6 mois  1 an  2 ans  plus de 2 ans

Nom de la garderie / maternelle où l'enfant est inscrit présentement, ou de la dernière garderie / pré-maternelle où il a été inscrit :

\_\_\_\_\_

## DOSSIER MÉDICAL DE L'ENFANT

1. **Vaccinations :** Veuillez fournir une copie du registre de vaccinations de votre enfant. Si, pour une raison ou pour une autre, votre enfant n'a pas reçu un ou plusieurs des vaccins correspondants à son âge, veuillez nous en informer.

Les parents sont responsables de mettre à jour le registre de vaccinations de leur enfant et d'en fournir une copie à la garderie lorsque des changements se produisent.

Les points ( · ) indiqués dans ce tableau représentent le calendrier d'immunisation systématique qu'il faut respecter pour les nourrissons et les enfants ( moins de 7 ans ).

Âge	DCT-P/Hib	DCT-P	Hep. B*	ROR	Td-P	Td
Naissance			·			
2 mois	·		·			
4 mois	·					
6 mois	·					
1 an			·	·		
18 mois	·			·		
4 à 6 ans		·				

DCT-P/Hib – Vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, haemophilus influenzae typeb ; DCT-P – Vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite ; Hep B – Vaccin contre l'hépatite B ; ROR – Vaccin contre la rougeole, les oreillons, la rubéole ; Td-P – Vaccin contre le tétanos, diphtérie, la poliomyélite ; Td – Vaccin contre le tétanos, la diphtérie.

**2. Antécédents médicaux :** Indiquez si votre enfant a eu une des maladies suivantes :

	Oui	Non
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méningite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. a) État de santé :** Indiquez si votre enfant a un des problèmes suivants :

	Oui	Non
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczéma/Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie/crises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		

**3. b) Traitement médical :** Indiquez le traitement médical dont votre enfant peut avoir besoin :

Nom du médicament \_\_\_\_\_ Posologie \_\_\_\_\_

Directives : \_\_\_\_\_

#### 4. Allergies :

a) Indiquez toute allergie à un médicament : \_\_\_\_\_

b) Indiquez toute allergie alimentaire : \_\_\_\_\_

c) Autres allergies : \_\_\_\_\_

**5. Renseignements supplémentaires :** Indiquez s'il y a des activités auxquelles votre enfant **ne peut pas participer**.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Aidez-nous à mieux comprendre votre enfant, ses intérêts et son niveau de développement en répondant aux questions suivantes.

### 1. Santé de l'enfant au moment de la naissance

Votre enfant était-il prématuré de plus de 3 semaines ?  Oui  Non  
Si oui, de combien de semaines ? \_\_\_\_\_

Votre enfant est-il resté à l'hôpital plus longtemps que la mère ?  Oui  Non

Si oui, expliquez pourquoi : \_\_\_\_\_

Y a-t-il eu des complications avec votre enfant à la naissance ?  Oui  Non

Si oui, expliquez pourquoi : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2. Santé de l'enfant depuis sa naissance

### VUE

Avez-vous déjà pensé que votre enfant avait des problèmes de vision?

(p. ex. il tient ses livres de très près, il se frotte constamment les yeux, il fait du strabisme [il louche])

Oui  Non

Si oui, expliquez pourquoi : \_\_\_\_\_

---

---

### OUIË

Votre enfant a-t-il souvent fait des otites?

Oui  Non

Avez-vous déjà pensé que votre enfant avait un problème d'audition?

Oui  Non

(p. ex. il monte le volume, il ne réagit pas au son de la voix)

Si oui, expliquez pourquoi : \_\_\_\_\_

---

---

### COORDINATION

Votre enfant a-t-il déjà eu de la difficulté à marcher, à grimper, à prendre des choses, à bien se tenir à quelque chose?

Oui  Non

Votre enfant a-t-il déjà eu une blessure grave qui a nécessité une hospitalisation ?

Oui  Non

Si oui, expliquez pourquoi : \_\_\_\_\_

## 3. Intérêts de l'enfant

### A. Est-ce que votre enfant...

joue avec des blocs, des boîtes, des cubes, ou d'autres jeux de construction sans aide?  Oui  Non

utilise des crayons ou des marqueurs pour griffonner ou pour dessiner?  Oui  Non

écoute les histoires qu'on raconte?  Oui  Non

tourne les pages d'un livre et regarde les images?  Oui  Non

se rappelle des histoires et des événements?  Oui  Non

s'amuse à jouer seul ou avec des amis imaginaires?  Oui  Non

parle avec les amis et les parents qui vous rendent visite?  Oui  Non

suit des instructions simples correspondant à son âge?  Oui  Non

Combien d'heures par jour votre enfant passe-t-il à regarder la télévision ? \_\_\_\_\_

Que pouvez-vous ajouter au sujet de votre enfant ?

---

---

---

### B. Autonomie

De quelle façon votre enfant a-t-il besoin de notre aide pour les activités suivantes?

S'habiller / se déshabiller : \_\_\_\_\_

Manger : \_\_\_\_\_

Faire sa toilette : \_\_\_\_\_

---

Se laver les mains / se brosser les dents :

---

Autre : (habiletés motrices fines et globales)

---

De quelle façon votre enfant communique-t-il ses besoins / ses sentiments ?

---

**C. Habitudes de sommeil**

Quelles sont les habitudes de votre enfant à la maison ? (Heure habituelle du coucher, nombres d'heures de sommeil, sieste, lève-tôt, difficulté à dormir ou à se coucher)

---

Votre enfant a-t-il besoin d'un objet familier pour dormir ? Quel est-il ? N'hésitez pas à l'apporter avec votre enfant.

---

**D. Traits de personnalité**

Décrivez la personnalité de votre enfant (p. ex. il est confiant, timide, colérique, gai, triste, curieux, actif, anxieux, craintif, affectueux).

---

Votre enfant a-t-il eu l'occasion de jouer avec d'autres enfants (p. ex. à l'église, avec des voisins, des groupes de jeux, de la parenté)  Oui  Non

Expliquez : \_\_\_\_\_

---

Comment votre enfant réagit-il face aux adultes ?

---

---

Comment votre enfant réagit-il face aux changements ? (p. ex. la séparation des parents/du tuteur, les changements dans les activités habituelles, le changement d'horaire, l'introduction de nouveaux aliments)

---

---

Que pourriez-vous nous conseiller ou nous proposer pour que la transition de votre enfant à la garderie s'effectue de façon positive ?

---

---

---

**E. Les « bonnes choses de la vie »**

Ce que mon enfant aime faire (p. ex. lire des livres, écouter de la musique, jouer avec d'autres enfants, jouer à l'extérieur / jouer à l'intérieur, s'amuser avec des jouets, grimper / courir / sauter, faire de la peinture, utiliser un ordinateur / écouter la télévision, faire des jeux d'imagination / se déguiser ) :

---

---

---

Ce que mon enfant n'aime pas faire :

---

---

---

---

Le moment que j'apprécie le plus avec mon enfant pendant la journée est :

---

parce que :

---

Ce que je trouve le plus difficile dans le fait de prendre soin de mon enfant est :

---

parce que :

---

Je décrirais mon enfant comme étant :

---

---

---

---

Ce que j'aime le plus chez mon enfant, c'est :

---

---

---

---

Ce qui m'inquiète le plus chez mon enfant, c'est :

---

---

---

---



