ENTRETIENS INDIVIDUELS AVEC LES FAMILLES

CLASSES PASSERELLES

|  |
| --- |
| L’ENFANT |
| **Nom** : **Prénom** : Sexe :  Date de naissance :  Lieu de naissance : |
| QUOTIDIEN DE L’ENFANT |
| **Langage**  Votre enfant parle-t-il ? (mots ? phrases ?)  En français ? Dans sa langue maternelle ? |
| **Séparation**  Votre enfant a-t-il déjà vécu une première séparation ?  A-t-il besoin de tétine, doudou ? Quand ? |
| **Alimentation**  Votre enfant boit-il au biberon ? Que boit-il ?  Comment se passent les repas ? |
| **Activités**  Quels sont ses jeux préférés ?  Est-il intéressé par les livres ? Est-ce-que vous lui racontez des histoires ?  Est-ce-que votre enfant regarde la télévision (ou autre écran) ? |
| **Sommeil**  Votre enfant dort-il dans la journée (matin ? après-midi ?)  Souhaitez-vous qu’il fasse la sieste à la Passerelle ? (fréquence estimée)  Quel est son rythme de sommeil la nuit ?  Rituels d’endormissements ?  Est-il seul dans une chambre ou à plusieurs ? |
| **Propreté**  Porte-t-il des couches  dans la journée ? pour la sieste ? la nuit ? |
| **Points médicaux**  Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ? autres allergies ?  Suit-il un régime alimentaire particulier ?  A-t-il des inquiétudes, des peurs particulières ? |
| LES PARENTS |
| Avez-vous un talent, une passion que vous avez envie de partager ? |
| Avez-vous des interrogations ou des difficultés particulières en tant que parent ? (autorité, sommeil, alimentation…) |