

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 : _____ No. d'Assurance-maladie : _____ Date d'expiration : _____

Nom du médecin de famille : _____ No. de téléphone : _____

Adresse : _____

ATTENTION : ALLERGIES : indiquez les allergies de votre enfant

Adresse du domicile : _____ App. No : _____

Ville : _____ Code postal : _____

No. de téléphone : _____ No. de cellulaire : _____ courriel : _____

Nom de la mère/du tuteur : _____ Nom du père/du tuteur : _____

Lieu de travail (mère) : _____ No. de téléphone : _____

Lieu de travail (père) : _____ No. de téléphone : _____

État civil : célibataire marié veuf séparé divorcé

Avec qui l'enfant a-t-il vécu le plus grande partie de la dernière année ? mère père
 deux parents tuteur

Qui a la permission de venir chercher votre enfant à la garderie _____

Si une autre personne doit venir chercher l'enfant, le ou les parents doivent avertir la garderie au préalable.
 76-5290(9/06)

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 soeurs : Nom _____ Âge : _____

_____ Âge : _____

_____ Âge : _____

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 parent(s)/tuteur(s))

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"/>

3a) 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"/>

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

Nom du médicament _____ Posologie _____

Directives : _____

3c) Traitement d'urgence : Indiquez toute situation où votre enfant peut avoir besoin d'un traitement ou d'un médicament d'urgence (par exemple epipen, benadryl).

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 : _____

OUÏE

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

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

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

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, nombre d'heures de sommeil; sieste; lève-tôt; difficulté à dormir ou à se coucher)

Votre enfant a-t-il besoin d'un objet 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

Autres commentaires :

Votre enfant se fait-il facilement des amis? 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 déguise) :

Ce que mon enfant n'aime pas faire :

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

Une de nos activités familiales préférée est :
