



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	☐	☐	☐	☐	☐
Matin	☐	☐	☐	☐	☐
Repas	☐	☐	☐	☐	☐
Après-midi	☐	☐	☐	☐	☐

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

MESURE D'ELOIGNEMENT

Mesure d'éloignement : ☐ OUI ☐ NON

Qui ne peut pas approcher l'enfant :

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 vaccinat

☐ 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	

MESURE D'ELOIGNEMENT



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.

REGIME 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

MESURE D'ELOIGNEMENT



Crèche les P'tits Potes

FICHE DE DECHARGE

NOM de l'enfant	_____	PRENOM	_____
NOM 1^{er} répondant	_____	PRENOM	_____
NOM 2^{ème} répondant	_____	PRENOM	_____
NOM 3^{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

3^{ème} répondant
