

## 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                      autre

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.**

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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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 type b; 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		
Rubéole		
Oreillons		
Varicelle		
Méningite		
Coqueluche		

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

	Oui	Non
Asthme		
Diabète		
Eczéma/Psoriasis		
Épilepsie/crises		
Autre		

**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: \_\_\_\_\_

---

---

### **OÛIE**

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 :

**Commentaires généraux, p. ex. Attentes**

---

---

---

---

---

---



