académie Lille
direction des services départementaux de l'éducation nationale Nord
éducation nationale

GROUPE DE TRAVAIL DEPARTEMENTAL ACCUEIL DES ENFANTS DE MOINS DE TROIS ANS

IEN
Roubaix Centre

Questionnaire : pour mieux connaître votre enfant

Nom : Prénom :
Date de naissance : Année scolaire :

Pour mieux connaître votre enfant

Afin de mieux connaître votre enfant et ses habitudes de vie,
Afin de faciliter son adaptation dans la classe passerelle,
Si vous en êtes d'accord, voici quelques questions auxquelles nous vous remercions de bien vouloir répondre.

Son histoire

A-t-il été gardé par quelqu'un d'autre que les parents ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, qui ?

A-t-il fréquenté un établissement petite enfance ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, lequel ?
Avec quelle fréquence ?
A partir de quel âge ?
Fréquentez-vous la PMI ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, laquelle ? Pour quelles raisons ?

A-t-il vécu de longues ou fréquentes hospitalisations ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, quand ? Combien de temps ? A quel âge ?

A-t-il des problèmes de santé particuliers ?

Ses frères et soeurs

Y a-t-il un bébé à la maison ? Ou à naître ? Oui ☐ Non ☐
Nombre de frères et soeurs :
Noms, prénoms, dates de naissance :
- - -
- - -
- - -
- - -
- - -

Rang dans la fratrie :

Votre enfant

Dans la journée, a-t-il besoin de son doudou, sa peluche, son biberon, sa tétine, ou autres ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, quand ? Pour quelles raisons ?

Comment se passe généralement une journée à la maison ?
Que sait-il faire seul ? Que fait-il seul ? Qu'arrive-t-il à faire seul ? Que fait-t-il avec vous ? Comment ?

Quelles sont ses activités ou ses jeux préférés ?

Comment s'exprime-t-il, par gestes ? Par cris ? Par le langage ?
Quelles langues entend-il parler à la maison ? Française ☐ Autre ☐
Laquelle ?
Et lui Quelles langues parle-t-il ?
Comprend-t-il ? Et quoi ? Oui ☐ Non ☐

Comment se comporte-t-il :
- envers maman ?
- envers papa ?
- envers ses frères et soeurs ?

Comment le voyez-vous ?

Rencontre-t-il des adultes, autres que les parents ? Oui ☐ Non ☐
Qui ? Quand ?
Comment réagit-il ? Oui ☐ Non ☐
Leur parle-t-il ? Oui ☐ Non ☐
Que fait-il avec eux ?

Rencontre-t-il des enfants, autres que les frères et soeurs ? Oui ☐ Non ☐
Qui ? Quand ?
Comment réagit-il ? Oui ☐ Non ☐
Leur parle-t-il ?
Que fait-il avec eux ?
Comment cela se passe-t-il avec eux ?

Vie quotidienne, son rythme de vie

Pour la nuit :
Quelles sont ses heures habituelles de coucher ? De lever ?
Quelle est son attitude (se réveiller, se recoucher, avoir peur, réclamer quelque chose, etc.) ?
Où dort-il ?

- ☐ Dans une chambre (seul, avec frères ou soeurs, avec parents)
- ☐ Dans son lit (seul, avec frères ou soeurs, avec parents)

Où s'endort-il (Chambre, séjour, lit, canapé, devant TV…) ?
Pour s'endormir, il a besoin de :

- ☐ Etre dans vos bras, bercé, câliné… ?
- ☐ Tétine, biberon, doudou, boîte à musique, etc. ?
- ☐ Que vous restiez jusqu'à ce qu'il dorme ?
- ☐ Des volets fermés, rideaux, veilleuse… ?
- ☐ A-t-il des rites, des habitudes, d'endormissement… ?

Quand fait-il la sieste (par semaine) ?
De quelle heure à quelle heure ?
Comment cela se passe-t-il ?

Vie quotidienne, les repas

Que déjeune-t-il le matin ?

Que mange-t-il ?

Que goûte-t-il ?

Mange-t-il entre les repas ? Et quoi ?

Remange-t-il ensuite ?

Que boit-il ? Comment ?

Prend-t-il le biberon ? Combien ? Quand ?

Mange-t-il, ☐ en famille ? ☐ Seul ? ☐ Avec votre aide ?

Mange-t-il la même chose que les parents ? Oui ☐ Non ☐
A-t-il des allergies alimentaires ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, lesquelles ?

Vie quotidienne, les soins quotidiens

Est-il propre :	« Pipi »		« Caca »	
- à la journée	Oui ☐	Non ☐	Oui ☐	Non ☐
- à la sieste	Oui ☐	Non ☐	Oui ☐	Non ☐
- la nuit	Oui ☐	Non ☐	Oui ☐	Non ☐

A-t-il besoin qu'on lui demande d'aller aux toilettes ou va-t-il spontanément ?
Comment manifeste-t-il qu'il est gêné par une couche souillée ?
S'habille-t-il seul ? Oui ☐ Non ☐
Se déshabille-t-il seul ? Oui ☐ Non ☐
Si non, quel vêtement sait-il mettre ou retirer, seul ?

La vie de la famille

Situations des parents (en couple, séparés, etc.) :

		Papa travaille-t-il ? ☐ Oui ☐ Non	Maman travaille-t-elle ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, horaires les :	Lundi		
	Mardi		
	Mercredi		
	Jeudi		
	Vendredi		
	Samedi		
	Dimanche		
Autres activités : Formation, Loisirs, etc.			
Activités avec vos enfants :			

Vos autres enfants sont-ils inscrits en structures (ALSH) ? Oui ☐ Non ☐

Pratiquent-ils des activités (culturelles ou sportives) ? Si oui, lesquelles ? Oui ☐ Non ☐

Remarques

Avez-vous des points particuliers à confier ?

Votre enfant ou l'un de ses frères ou soeurs, est-il suivi (PMI, CAMSP, CMP…) ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, par qui ? Pour quelles raisons ?