Petite Section

**QUESTIONNAIRE AUX FAMILLES**

Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux connaître votre enfant afin de l’accueillir au mieux et de préparer au mieux la rentrée. Merci de votre contribution.

Nom et Prénom de l’enfant : …………………………………………………………………………………………………………………………

Date de naissance de l’enfant : ……………………………………………………………

**Votre enfant et la vie en famille :**

 - Qui vit avec lui ? (précisez l’âge des frères et sœurs s’il en a)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 - Comment votre enfant se fait-il comprendre dans la famille ? (pleurs, gestes, mots, phrases)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 - Parle-t-il une autre langue que le français ? Si oui, laquelle ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 - A quelle heure votre enfant est-il couché le soir ? ………………………………………………………………………

 - Fait-il encore des siestes à la maison ? Si oui, combien de temps durent-elles ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 - Mange-t-il le matin ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 - Ne mange-t-il pas certains aliments ? (allergies, régime alimentaire particulier)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 - Votre enfant porte-t-il des couches la journée ? Si non, depuis quand n’en porte-t-il plus ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

- A-t-il des soucis de santé particuliers (allergies, port de lunettes) ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Votre enfant et la vie en collectivité :**

 - Où / par qui est-il gardé depuis sa naissance ? (crèche ; nourrice ; famille : précisez qui)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 - A-t-il une expérience de vie collective ? (crèche, garderie…)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 - S’il a une expérience de vie collective, comment la vit-il ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Votre enfant à l’école :**

 - Votre enfant ira-t-il à la garderie le matin (8h-8h35) ? lundi mardi mercredi jeudi vendredi

- Votre enfant déjeunera-t-il à la cantine le midi ? lundi mardi jeudi vendredi

 - Votre enfant ira-t-il au centre de loisir le soir ? lundi mardi jeudi vendredi

 - Votre enfant ira-t-il au centre de loisir le mercredi ? oui non

**Remarques éventuelles** :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………