



## PROFIL DE VOTRE ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Votre enfant a-t-il des frères et sœurs ?

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Y a-t-il d'autres personnes vivant au domicile de l'enfant?

Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Y a-t-il des changements majeurs qui sont survenus dans la famille dernièrement?

\_\_\_\_\_

### LA ROUTINE DE L'ENFANT

Heure Lever matinal : \_\_\_\_\_

Heure du déjeuner : \_\_\_\_\_

Sieste am : de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Comment s'endort-il? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Heure du Dîner : \_\_\_\_\_

Sieste pm : de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Heure du souper : \_\_\_\_\_

Heure du coucher : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ALIMENTATION DE L'ENFANT

Comment est son appétit?  
au déjeuner : \_\_\_\_\_

Utilise-t-il...  
Verre à bec? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_



7225, boul. Laframboise  
Saint-Hyacinthe QC J2R 1E3  
450 796.4452



375, route 137  
La Présentation QC J0H 1B0  
450 768.2848  
[www.cpebcnature.com](http://www.cpebcnature.com)



910, rue Principale  
La Présentation QC J0H 1B0  
450 488.0073

au dîner : \_\_\_\_\_ Verre? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_  
au souper : \_\_\_\_\_ Ustensiles? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Se nourrit-il seul ou avec de l'aide? \_\_\_\_\_

Quelles sont ses plats favoris? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Y a-t-il des mets (ou aliments) qu'il déteste ou aime moins? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Existe-t-il des contraintes alimentaires? Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Acceptez-vous que votre enfant mange à l'occasion des sucreries (ex : gâteau lors de l'anniversaire d'un ami)? Oui, j'accepte \_\_\_\_\_ Non, je refuse \_\_\_\_\_

### **COMPORTEMENT DE L'ENFANT**

Pourriez-vous me donner une brève description de votre enfant qui m'aidera à mieux le connaître et le comprendre.

Personnalité : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Habitudes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Peurs : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quelles sont les limites fixées à votre enfant? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quelle attitude adoptez-vous lorsqu'il a un comportement inacceptable ? \_\_\_\_\_

---

---

---

### **ACTIVITÉS PRÉFÉRÉES**

À l'intérieur : \_\_\_\_\_

---

---

---

À l'extérieur : \_\_\_\_\_

---

---

---

### **SECTION LIBRE**

Avez-vous d'autres renseignements pouvant m'aider à mieux connaître votre enfant et à faciliter son intégration au sein du groupe?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
Date