

FICHE DE RYTHMES

Multi accueil de Chalamont



Afin de mieux connaître votre enfant à son arrivée et ainsi garantir la qualité d'accueil, merci de compléter cette fiche de rythmes qui sera à rendre avec le dossier d'inscription.

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
-------	----------	---------------------

Son alimentation

L'enfant est au biberon <input type="checkbox"/>	Boissons
Nom du lait :	L'enfant boit-il avec une tétine en : Silicone <input type="checkbox"/> Caoutchouc <input type="checkbox"/>
Nombre de repas :	Quel débit : (n°1-2-3...) :
Quantité :	Quel type de biberon :
Heures des repas :	Boit-il : Seul <input type="checkbox"/> Au verre <input type="checkbox"/> Biberon <input type="checkbox"/>
Température du biberon :	Bec verseur <input type="checkbox"/> Cuillère <input type="checkbox"/>
Comment manifeste t-il sa faim ?:	A quel rythme boit-il dans la journée ?
Manière de boire (Pause, lentement, vite...)	

Repas et goûter

Sa façon de manger : Ne mange pas seul <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/>	<u>Diversification alimentaire</u> : où en est-il ?
Commence à prendre sa cuillère <input type="checkbox"/>	Légumes <input type="checkbox"/> Quelle quantité :
Sous quelle forme prend-il ses repas ? Mixée <input type="checkbox"/> Ecrasée <input type="checkbox"/> En morceaux <input type="checkbox"/>	Compote <input type="checkbox"/> Quelle quantité :
Comment se passent ses repas ?	Viande <input type="checkbox"/>
Allergie alimentaire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Œuf <input type="checkbox"/>
Précisez :	Poisson <input type="checkbox"/>
Aliments préférés :	A-t-il encore un biberon pour le repas de midi ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Quel quantité :
Aliments refusés :	A-t-il encore un biberon pour le goûter ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Quel quantité :
Appétit : (Ex : petit ou gros mangeur)	
Que prend -il pour le goûter ?	

Son sommeil

Les signes d'endormissement :

Horaires et rythmes :

Comment s'endort l'enfant ? (*seul, en votre présence, musique, bercement...*)

Les conditions de sommeil : (*Turbulette, lit à barreaux, luminosité...*)

Doudou :

Sucette :

Son acquisition de la propreté

L'enfant est-il propre ? Journée Sieste

Taille des couches :

Souhaitez vous utiliser nos couches : POMMETTE Oui Non

Manifeste-t-il un comportement particulier quand sa couche est souillée ?

Lui proposez vous le pot ou les toilettes ? (à quel moment)

Le demande-t-il spontanément ?

L'enfant commence t-il à s'habiller ou se déshabiller seul ?

Nous utilisons de l'eau et un gel doux hypoallergénique et sans savon pour le change.
Cela convient-il à votre enfant ? Sinon qu'utilisez-vous?

Manifeste t-il un comportement particulier au moment du change ?

Son développement moteur

Sa position préférée : (*ventre, dos, tapis, sol...*)

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| L'enfant se retourne : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| L'enfant se met assis seul : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| L'enfant rampe : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| L'enfant va à quatre pattes : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| L'enfant se met debout : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| L'enfant marche : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Ses activités

A quoi aime t-il jouer ?

Son doudou

L'enfant possède t-il un objet qu'il affectionne tout particulièrement et qui le réconforte ?
(*peluche, tétine, musique, objet musical...*)

Description :

Son nom, moment ou il est indispensable...

Son langage

L'enfant : Gazouille Dit quelques mots Fait des phrases

Comment communique t-il autre que la parole, son mode d'expression :

Autres informations qui vous semblent importantes.