

Annexe SUR LES HABITUDES DE VIE DU POUSSIN



NIVEAU AFFECTIF

- Votre enfant possède-t-il une sucette ? OUI NON Si oui, à quel moment de la journée la demande-t-il ? _____ (Bien l'identifier s.v.p.)
- Qu'est-ce qui rend votre enfant particulièrement heureux ? (exemple : jouet préféré, jeu de chatouille, chanson (laquelle ?), autres :

- Pleure-t-il souvent ? OUI NON
Si oui, pourquoi? _____

NIVEAU SOCIAL

- Quel est son comportement vis-à-vis d'autres enfants? _____

- Quel est son comportement vis-à-vis des adultes? _____

NIVEAU PHYSIOLOGIQUE

L'alimentation

- Quel sorte de lait boit-il ?
Lait 3.25 % Lait 2 % Autre : _____
- Quantité? _____ (en oz ou en ml)
boit-il au verre ? OUI NON
au biberon ? OUI NON
- Combien de biberons de lait boit-il par jour? _____
- À quelle température ? _____
- À quel(s) moment (s) de la journées (heures) _____
- Comment boit-il ? Vite ou Lentement
Tout d'un coup ou En partie
Dans les bras ou Dans une chaise inclinable
- Boit-il du jus ? OUI NON
Si oui, quelle variété ? _____

- Boit-il de l'eau ? OUI NON
Si oui, eau du robinet ou embouteillée à quel moment de la journée _____
- Quel(s) repas sera (seront) pris au service de garde ? _____
- Mange-t-il des céréales? OUI NON
Si oui, quelle quantité? _____
À quelle heure? _____
- A-t-il commencé à manger d'autres aliments ? OUI NON
Si oui, quelle texture : purée petits morceaux
Écrasé à la fourchette gros morceaux
- Les aliments sont-ils donnés : séparément mélangés ensembles
- Quelle quantité de légumes a-t-il commencé à manger ? _____
- Quelle quantité de fruits a-t-il commencé à manger ? _____
- A-t-il commencé à manger de la viande ? OUI NON
Si oui, quelle quantité ? _____
- A-t-il commencé l'œuf complet ? OUI NON
- Y a-t-il des aliments qu'il ne mange pas ? OUI NON
Si oui, lesquels ? _____
- À quelle heure dîne-t-il ? _____
- Prend-il une collation en avant-midi ? _____ heure
En après-midi? _____ heure

La digestion

- Votre enfant régurgite-t-il ? OUI NON
- Est-il régulier dans ses selles ? OUI NON
Si oui, habituellement à quel(s) moment(s) ? _____

Le sommeil

- Comment manifeste-t-il sa fatigue ? _____
- Comment s'endort-il ? _____

- Dans quelle position ? _____
- Avec sa sucette _____ de la musique _____ une doudou _____ dans les bras de l'adulte
- À quelle heure l'avant-midi ? _____ combien de temps ? _____
À quelle heure l'après-midi ? _____ combien de temps ? _____
- Se réveille-t-il pendant son sommeil ? _____
- Que faites-vous pour le rendormir ? _____
- Comment se réveille-t-il ? _____

L'hygiène

- Lors des changements de couches, comment réagit-il ? _____

- Doit-on appliquer une crème ou autre chose ? _____

Percées dentaires

- Votre enfant réagit-il aux percées de dents ? OUI NON

Si oui, comment réagit-il ? _____
Avez-vous un moyen de calmer son mal _____

Sorties extérieures

- Lors des sorties à l'extérieur, comment réagit-il ? _____

GÉNÉRALITÉS

- Quel est son horaire et ses habitudes pendant une journée à la maison ? _____

- Y a-t-il des particularités au niveau de sa santé qu'il serait important de connaître (exemple : allergies,
opération, sensibilité de la peau, etc...) ? _____

Merci de votre précieuse collaboration !