

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS 3 mois - 6 ans
LA MAISON DES ENFANTS

Date du séjour de votre enfant : du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

ENFANT :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Age de l'enfant à la date du séjour :

Votre enfant marche-t-il ?

HABITUDES DE VIE DE VOTRE ENFANT :

- Votre enfant possède- t-il un doudou ? OUI NON
une sucette ? OUI NON
Si, oui, merci d'écrire le nom et prénom de l'enfant dessus.

- Votre enfant fait-il la sieste ? OUI NON
Si oui, fait-il la sieste : le matin l'après-midi

- Votre enfant porte-t-il des couches ? OUI NON
Si oui, il porte des couches : toute la journée à la sieste

- Votre enfant mange-t-il ? mixé en morceaux
Votre enfant mange-t-il seul ? OUI NON

- Votre enfant peut-il boire l'eau du robinet ? OUI NON
Si non, merci de fournir une bouteille d'eau.

- Votre enfant a-t-il des allergies ? OUI NON
Si oui, lesquelles ? _____

- Votre enfant a- t-il des problèmes de santé ? OUI NON
Si oui, lesquels ? _____

- Quel est son mode de garde habituel ? _____

Autres informations importantes concernant votre enfant :

À _____ Le ____ / ____ / _____

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL :