

## Questionnaire à destination des familles

Ces questions ont pour but de nous aider à accompagner votre enfant du mieux possible durant le séjour. N'hésitez pas à préciser toute information vous paraissant pertinente.

### 1/ Hygiène

Hygiène	Seul	Seul mais sous la surveillance d'un adulte	Avec aide ponctuelle	Avec aide constante
Prendre sa douche				
Se sécher				
Se brosser les dents				
S'habiller				
Se déshabiller				
Mettre ses chaussures				
Faire ses lacets				
Enlever ses chaussures				
Reconnaître ses vêtements				
Mettre son linge au sale				
Demander à aller aux toilettes				
Aller aux toilettes				
S'essuyer				

**Votre enfant utilise-t-il un gant de toilette pour se laver ?**

Oui

Non

**Votre enfant a-t-il un rituel/ des habitudes pour prendre sa douche (*exemple : jouer dans son bain*) ?**

---

---

---

**Votre enfant va-t-il régulièrement à la selle ?**

Oui

Non

Fréquence (exemple : tous les jours à 18:00) : \_\_\_\_\_

Selles particulières (exemple : constipation) : \_\_\_\_\_

**Votre enfant a-t-il un rituel/ des habitudes pour aller aux toilettes (exemple : utilisation d'un repose-pieds) ?**

---

---

---

## **2/ Alimentation**

*En cas d'allergie ou de sélectivité alimentaire, un projet d'accueil individualisé (PAI) est indispensable.*

**Votre enfant a-t-il des allergies ?**

Oui

Non

**Votre enfant a-t-il des sélectivités alimentaires ?**

Oui

Non

<b>Alimentation</b>	Seul	Seul mais sous la surveillance d'un adulte	Avec aide ponctuelle	Avec aide constante
Mettre la table				
Utiliser sa fourchette				
Utiliser son couteau				
Utiliser sa cuillère				
Manger				
Boire				

**Votre enfant a-t-il un rituel/ des habitudes pour prendre ses repas ?**

---

---

---

**Que mange votre enfant au petit-déjeuner ?**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jus d'orange          | <input type="checkbox"/> Jus de pomme       | <input type="checkbox"/> Jus multi-fruits |
| <input type="checkbox"/> Chocolat chaud        | <input type="checkbox"/> Thé                | <input type="checkbox"/> Eau              |
| <input type="checkbox"/> Tartines              | <input type="checkbox"/> Confiture          | <input type="checkbox"/> Pâte à tartiner  |
| <input type="checkbox"/> Céréales avec du lait | <input type="checkbox"/> Céréales sans lait | <input type="checkbox"/> Fruits           |
| <input type="checkbox"/> Charcuterie           | <input type="checkbox"/> Fromage            | <input type="checkbox"/> Oeufs            |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____         |   |   |

**3/ Lever, coucher, sommeil**

**À quelle heure votre enfant se lève-t-il ?**

---

**Lorsque votre enfant se réveille :**

- Il reste au lit
- Il se lève
- Autre : \_\_\_\_\_

**Votre enfant a-t-il un rituel pour se réveiller ?**

- Réveil en musique
- Câlines
- Autre : \_\_\_\_\_

**À quelle heure votre enfant se couche-t-il ?**

---

**Votre enfant a-t-il un rituel de coucher ?**

- Lecture d'une histoire
- Câlines
- Autre : \_\_\_\_\_

**Votre enfant a-t-il des difficultés pour s'endormir ?**

- Oui, de temps en temps
- Oui, souvent
- Non

**Votre enfant a-t-il peur du noir ?**

- Oui
- Non

**Votre enfant a-t-il besoin d'un doudou pour dormir ?**

- Oui
- Non

**Votre enfant a-t-il besoin d'une veilleuse pour dormir ?**

- Oui
- Non

**Votre enfant fait-il souvent des cauchemars la nuit ?**

- Oui, de temps en temps
- Oui, souvent
- Non

**Votre enfant se réveille-t-il dans la nuit ?**

- Oui, de temps en temps
- Oui, souvent
- Non

**Votre enfant porte-t-il des couches la nuit ?**

- Oui
- Non

**Votre enfant fait-il de l'énurésie (pipi au lit) ?**

- Oui, de temps en temps
- Oui, souvent
- Non

#### **4/ Santé**

*Pour toute prise de médicaments, ponctuelle ou régulière, un projet d'accueil individualisé (PAI) est indispensable.*

**Votre enfant a-t-il un traitement régulier (exemple : diabète) ?**

- Oui
- Non

**Votre enfant accepte-t-il de prendre facilement son traitement ?**

- Oui
- Non

**Comment votre enfant prend-il ses médicaments ?**

---

---

---