

Questionnaire d'inscription
à l'école maternelle Denoyelle
BERLAIMONT



Nom de l'enfant : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

QUESTIONS

<p>Situation familiale :</p> <p><input type="checkbox"/> en couple (mariés ou concubins) <input type="checkbox"/> séparés (jugement : OUI / NON)</p> <p>Droit de garde :</p> <p><input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> alternée</p>	<p>Fait-il la sieste à la maison ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Avec :</p> <p><input type="checkbox"/> doudou <input type="checkbox"/> tétine <input type="checkbox"/> couche</p> <p>Fera-t-il la sieste à l'école ? (uniquement pour les PS : né en 2021)</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours d'année</p>
<p>A-t-il des frères et sœurs ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Âges :</p>	<p>Quel était votre mode de garde avant l'école ?</p> <p><input type="checkbox"/> crèche <input type="checkbox"/> maison <input type="checkbox"/> nounou <input type="checkbox"/> autre :</p>
<p>Sait-il se rhabiller tout seul ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Sait-il se déshabiller tout seul ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>Est-il propre ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Depuis combien de mois ?</p> <p>Est-il propre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - A la sieste : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - La nuit : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<p>Comment se passe la séparation avec les parents ?</p> <p>A-t-il déjà passé un moment sans vous ? (famille, amis)</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>Proposition d'une demi-journée de pré-rentrée (début juillet) pour les enfants nés en 2021.</p> <p><input type="checkbox"/> notre enfant sera présent <input type="checkbox"/> notre enfant ne pourra pas y participer</p>
<p>A-t-il une allergie ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Lesquelles :</p>	<p>A-t-il une maladie chronique (asthme ...) ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Lesquelles :</p>

<p>Bénéficie-t-il d'un suiti extérieur ?</p> <p><input type="checkbox"/> orthophoniste</p> <p><input type="checkbox"/> ophtalmologiste</p> <p><input type="checkbox"/> psychologue</p> <p><input type="checkbox"/> psychomotricienne</p> <p><input type="checkbox"/> autre :</p>	<p>Mangera-t-il à la cantine (enfants nés en 2021 ou avant)?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Est-il autonome pour manger ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Utilise-t-il la fourchette tout seul ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
<p>Accueil périscolaire :</p> <p>Garderie du matin : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Garderie du soir : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Autre (nounou) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>Heure du coucher le soir :</p> <p>Lecture du soir : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Besoin de rituels (chanson, câlins...) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
<p>Langage :</p> <p>Exprime-t-il ses besoins ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>A l'aide de mots : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>A l'aide de phrases : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Langues étrangères parlées :</p>	<p>Est-il à l'aise au niveau moteur (déplacement) ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Arrive-t-il à se concentrer sur une activité quelques minutes ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
<p>Comprend-t-il des consignes simples (ex : mets ton manteau, vas chercher un objet...)?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>Passe-t-il beaucoup de temps devant les écrans ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Combien de temps par jour ?</p>
<p>Description du caractère de l'enfant :</p> <p>Est-il plutôt timide ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Va-t-il facilement vers les autres :</p> <p>Adultes : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Enfants : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>Centres d'intérêt de l'enfant :</p> <p>Jeux de construction : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Véhicules : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Jeux d'imitation : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Lecture : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Puzzles : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Autres :</p>