

## PROTOCOLE D'INTEGRATION : Les habitudes

### ENFANT

Nom : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : .....Age à l'arrivée : .....

Période d'intégration du ..... Au .....

### RENSEIGNEMENT EN VUE DE L'ACCUEIL

Votre enfant a-t-il déjà été accueilli par une tierce personne ?

- Membre de la famille
- Assistante Maternelle
- Autre

Possède-t-il un objet transitionnel, dit « doudou » ?

Oui  Non

### 1. ALIMENTATION

- Allaitement maternel
- Allaitement mixte  Lait maternisé : .....
- Allaitement artificiel  Lait maternisé : .....
- Alimentation diversifiée
  - Légumes verts introduits : .....
  - Fruits introduits : .....
  - Protéines d'origines animales : .....



### A. Accueil d'un bébé

- Combien de biberons prend-il par jour ? .....
- A quelle température ? .....
- Quels biberons et tétines utilisez-vous ?.....
- Son alimentation est-elle exclusivement lactée ?.....
- Son alimentation est-elle diversifiée ?.....
- Si oui, quels aliments sont introduits ?.....

Comment prend-t-il ses repas ? .....

A-t-il un traitement particulier ? Oui  Non

- Si oui, lequel ? .....

Refuse-t-il certains repas ? .....

Votre enfant est-il sujet aux allergies ? (prescription médicale à l'appui) Oui  Non

### B. Accueil d'un enfant plus âgé

A-t-il une alimentation diversifiée ? Oui  Non

Refuse-t-il certains aliments Oui  Non

- Si oui, lequel ? .....

Comment prend-t-il ses repas ? .....

Utilise-t-il la cuillère ? Oui  Non

Comment l'accompagner-vous ? .....

Refuse-t-il de manger avec des tierces personnes ? Oui  Non

Avez-vous des interdits alimentaires (d'ordre religieux)

Si oui, lesquels ? .....

Votre enfant est-il sujet aux allergies ? (Prescription médicale à l'appui) Oui  Non

## 2. CHANGE ET BAINS

Comment se déroulent ces temps d'échanges que sont le bain et les changes ?

Pleure-t-il ? Oui  Non

Appréhende-t-il ces moments ? Oui  Non

Avez-vous une recommandation particulière .....

### Enfants âgés de 18 mois ou plus

Est-il en cours d'acquisition de la propreté : Oui  Non

Sait-il dire s'il a envie d'uriner ou s'il a eu une selle ? Oui  Non

Demande-t-il à aller aux toilettes ? Oui  Non



### 3. SOMMEIL

Dort-il la nuit ? Oui  Non   
Fait-il des siestes dans la journée ..... Si oui, combien ? ..... durée  
Comment dort-il ? (Pour les bébés, il est recommandé de les coucher sur le dos)  
.....  
Quelles sont ses habitudes (doudou, berceuse...) ? .....  
Comment se déroulent les réveils ? .....

### DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

#### Accueil d'un nourrisson

Votre enfant se retourne-t-il dans son berceau ? Oui  Non   
L'installez-vous quelques fois sur un tapis au sol ? Oui  Non   
S'assoit-il seul ? Oui  Non   
Sourit-il ? Gazouille-t-il ? Oui  Non   
Rampe-t-il ? Oui  Non

#### Accueil d'un enfant de 12 mois et >

Se tient-il debout seul ? Oui  Non   
La marche autonome est-elle acquise ? Oui  Non   
Votre enfant dit-il des mots ? Oui  Non  Fait-il des phrases ? Oui  Non

#### Accueil d'un enfant de 24 mois et plus

Langage :.....  
Acquisition de la propreté diurne ? Oui  Non

#### AUTRES RENSEIGNEMENTS

.....  
.....  
.....