

RENTREE EN PETITE SECTION : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LA FAMILLE

VOTRE ENFANT

Nom et prénom de l'enfant	Date de naissance
---------------------------	-------------------

SON PARCOURS DE VIE

Mode de garde Avec qui vit-il la semaine, le week-end ?	<input type="checkbox"/> Parents -> Les 2, domicile commun <input type="checkbox"/> Parents -> Les 2, garde alternée Merci de préciser : <input type="checkbox"/> Autre :
Composition de la famille	A -t-il des frères et sœurs ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Sa place dans la fratrie : Jalousie dans la fratrie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Structure fréquentée depuis la naissance	<input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/> Crèche municipale ou familiale (précisez) : <input type="checkbox"/> Autre :
S'il a eu une expérience de la vie collective, comment l'a-t-il vécue ?	
L'avez-vous déjà confié à une autre personne que vous (sans votre présence) pendant une journée, un week-end, une semaine ?	
Comment vit-il les moments de séparation de vous ?	
A-t-il eu des expériences difficiles à vivre depuis sa naissance ? (santé, hospitalisation, ...)	
Quelles sont les langues parlées à la maison ?	

SA VIE ACTUELLE

Problèmes médicaux ou allergies...	
A-t-il acquis la propreté ? <i>Pour fréquenter sereinement la collectivité, votre enfant doit être accompagné pour avancer dans son acquisition de la propreté.</i>	Le jour : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Depuis quand ?.....) La nuit : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Va-t-il aux toilettes tout seul ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Porte-t-il des couches ? <input type="checkbox"/> Pendant la sieste <input type="checkbox"/> La nuit
Son sommeil <i>Nous attirons votre attention sur le fait qu'à l'école, la sieste est obligatoire pour les élèves de Petite Section et qu'elle est collective (dans un dortoir).</i>	Fait-il des nuits complètes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Fait-il la sieste ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non S'endort-il à heure régulière ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Comment s'endort-il ?
Autonomie dans l'habillement	Votre enfant essaie-t-il de s'habiller/ se déshabiller seul ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Son expression	Exprime-t-il ses besoins ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Se fait-il comprendre de son entourage ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Se fait-il comprendre de personnes extérieures ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A quoi aime-t-il jouer ?	
Quelle est son histoire préférée ?	
Quelles activités aime-t-il faire avec vous ?	
A-t-il un doudou ? une tétine ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Lorsque votre enfant a besoin de quelque chose, comment le dit-il ? (mots, débuts de phrases, gestes, cris ...)	
Goûts et traits de caractère de votre enfant	

SA JOURNEE A L'ECOLE

Le 1^{er} jour de classe Qui l'accompagnera ?	
En règle générale Qui l'accompagnera à l'école ? Qui viendra le chercher ?	
Le repas	Votre enfant mangera-t-il régulièrement à la cantine ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Votre enfant mange-t-il seul ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Utilise-t-il seul une fourchette ou une cuillère pour manger ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Allergies :Intolérances
Votre enfant fréquentera-t-il la garderie périscolaire ?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Régulièrement <input type="checkbox"/> Le matin <input type="checkbox"/> Le soir
Autre mode de garde en dehors de l'école <i>(en cas de maladie, prévoir un mode de garde)</i>	

Attentes par rapport à la scolarisation

Commence-t-il à parler de l'école ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Que se voit-il faire à l'école ?	
Avez-vous des appréhensions quant à cette première rentrée ? Quelles sont vos attentes de parents vis-à-vis de cette scolarisation ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Autres éléments que vous souhaitez faire connaître à l'école