

OBSERVATION CRECHE / ASSISTANTE MATERNELLE / HALTE GARDERIE

*Document à faire remplir par le lieu d'accueil que fréquente l'enfant et à remettre
directement aux parents.*

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM :

Date de naissance :

- Date d'entrée en collectivité ?
- Date d'entrée dans la structure actuelle ?
- Temps d'accueil : Temps plein Matin Après-midi Repas
- Nombre d'enfants présents sur le temps de garde de l'enfant :
- La fréquentation est-elle régulière ?
- Avez-vous des contacts réguliers avec la famille ?

RYTHME DE VIE

- Propreté :
- Repas :
Mange seul Mange avec aide Mange à la cuillère Mange à la fourchette
Autres informations (sélectivité, goûts, textures, couleurs etc) :

- Sieste :

Temps de sieste : Matin (de .h à h) Après-midi (de h à h)

Y a-t-il des rituels pour l'endormissement lors des temps de sieste ou des difficultés particulières (difficultés d'endormissements, réveils fréquents, rituels particuliers à type de balancements ou autres...) :

VIE EN COLLECTIVITE

Interactions avec ses pairs (*isolé, va vers les autres, initiations et réponses aux interactions, agressivité*) :

Compréhension des règles de la vie en collectivité, adaptation à la collectivité (*suivre des règles de vie, besoin de rituels, respect de l'autorité de l'adulte*) :

S'approprier le langage (*compréhension et expression, langage adressé*) :

Communication non verbale (*pointage, coucou, bravo, comptines, regards*) :

Jeux

- **Utilise les jouets de façon adaptée par rapport à son âge :** Oui Non
- **S'intéresse à plusieurs jouets :** Oui Non
- **Jeux de faire semblant :** Oui Non

- **Partage des jouets avec les autres :** Oui Non
- **Activités ou jeux répétitifs :** Oui Non

- Commentaires :

Comportement (régulation et gestion des émotions) :

Quel est pour vous le niveau de difficultés de cet enfant ?

Très léger

Léger

Modéré

Sévère

Très sévère

Y a-t-il des aménagements particuliers déjà mis en place pour cet enfant ?

Avez-vous d'autres observations concernant cet enfant ?

Date :

Noms des référents :

Adresse et téléphone de l'établissement :

©Hôpital Robert Debré-APHP –
Tous droits réservés.

Document à retourner via le formulaire de l'espace patient.