

Centre Médico-Psychologique
35 rue des Tourelles 75020 PARIS
Tél. : 01 43 79 73 45
Mail : cmp.robert-debre@aphp.fr

Centre d'excellence InoVAND
Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Professeur Delorme
Hôpital Robert Debré
<https://www.clepsy.fr/>
N° F.I.N.E.S.S.: 750803454



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.