



FEUILLE DE RYTHME

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :

.....

ALIMENTATION - LAIT

» Votre enfant a-t-il été allaité ? Oui Non

» Si oui, l'est-il encore ? Oui Non

» Prend-il encore un biberon de lait durant la journée ? Oui Non

• Si oui, quelle est la marque du lait et quelle quantité de lait boit-il ?

• Quel biberon utilisez-vous ?

• Quelle est la vitesse de la tétine ?

• Généralement, votre enfant boit

vite lentement en une fois en faisant des pauses

• Quel est le rythme des biberons ?

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

» Mange-t-il à la demande ou à heures fixes ?

• S'il mange à heures fixes, quelles sont les heures à respecter ?

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

ALIMENTATION DIVERSIFIÉE

» Votre enfant mange-t-il :

vite lentement en une fois en faisant des pauses

» Les repas sont donnés :

dans les bras sur une chaise haute dans un relax

» Votre enfant mange-t-il :

mixés écrasés coupés

» Les aliments sont-ils :

vite lentement en une fois en faisant des pauses

» Arrive-t-il à votre enfant de refuser de manger ? Oui Non

• Si oui, quelle attitude adoptez-vous ?

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

» Est-il allergique à un aliment en particulier ? Oui Non

• Si oui, le(s)quel(s) ?

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

• Quels sont ses aliments préférés ?

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

• Quels sont ceux qu'il apprécie le mieux ?

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

• Autres remarques concernant l'alimentation de votre enfant ?

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

SOMMEIL

» En général, combien de siestes votre enfant fait-il durant sa journée ?

.....

» En général, combien de siestes votre enfant fait-il durant sa journée ?

.....

.....

» Quels sont ses signes de fatigue ?

.....

.....

» S'endort-il avec un rituel ? Si oui lequel ?

.....

.....

» En général, combien de siestes votre enfant fait-il durant sa journée ?

.....

.....

» Pleure-t-il avant de s'endormir ? Oui Non

» S'endort-il avec :

sucette doudou pouce autres:.....

» Dans quelle position s'endort-il ?

sur le côté sur le dos sur le ventre

.....

» Dans quel environnement s'endort-il ?

.....

» Autres remarques concernant le sommeil de votre enfant ? ?

.....

PÉRIODES D'ÉVEIL

- » Votre enfant est-il souvent malade ? Oui Non
• Si oui, de quel genre ?

.....
.....

- » Fait-il facilement de la température ? Oui Non

- » Quel médicament donnez-vous en cas de température ?

- » Fait-il des allergies ? Oui Non
• Si oui, précisez

.....
.....

- » Autres remarques concernant la santé de votre enfant :

.....
.....