Votre ENFANT

Nom et prénom de l'enfant : ……

Né le : ……/……../……

Les rituels de votre enfant :

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

A-t-il une sucette ? Si oui, à quel rythme ? :

……
……
……
……
……
……
……
……

Le sommeil, votre enfant a-t-il des difficultés à l'endormissement, quelles sont ses habitudes de sommeil ?

……
……
……
……
……
……
……

……

……

……

……

……

……

L’alimentation, quelles sont ses habitudes et ses préférences ?

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?

Sans porc / sans produits laitiers / végétariens / sans gluten / autres :……

Avez-vous une recommandation ou une information particulière à nous signaler sur votre enfant ?

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……