



Questionnaire

Nom et Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone maison : _____

Téléphone maman : _____

Téléphone papa : _____

Autre : _____

Nom de l'ancien enseignant : _____

Suivi en logopédie ou autre : _____

Allergies, médicaments, maladies : _____

Maman de jour, UAPE, autre : _____

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Matin					
Midi					
Après-midi					

Merci de mettre une croix lorsque votre enfant va à l'UAPE ou chez la maman de jour.