

QUESTIONNAIRE SUR LES HABITUDES DE SOMMEIL DE L'ENFANT

VOTRE ENFANT

Nom : Prénom :

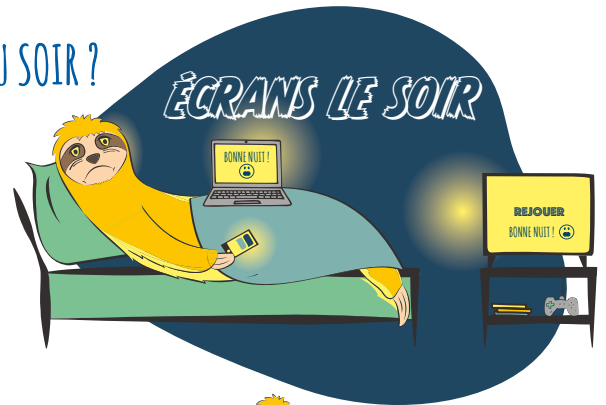
Âge :

• VOTRE ENFANT EST-IL DEVANT LES ÉCRANS APRÈS LES REPAS DU SOIR ?

Oui Non

Si oui :

- combien de temps ?
- combien de temps arrête-t-il l'écran avant de s'endormir ?
- les écrans sont-ils dans la chambre ? Oui Non



LE SOMMEIL

Nombre d'heures de sommeil recommandé



• LES HORAIRES ?

Heure du coucher le soir en semaine Heure du lever le matin en semaine

Heure du coucher le soir en week-end Heure du lever le matin en week-end

• VOTRE ENFANT FAIT-IL LA SIESTE ? Oui Non

• AVEZ-VOUS MIS EN PLACE UN RITUEL DU COUCHER ? (brossage de dents, lavage du nez, temps du pyjama, lumière tamisée, petite histoire...)

Oui Non

• VOTRE ENFANT DORT-IL DANS SA CHAMBRE ? Oui Non

• VOTRE ENFANT S'ENDORT-IL SEUL DANS SA CHAMBRE ? Oui Non

• COMBIEN DE TEMPS VOTRE ENFANT MET-IL POUR S'ENDORMIR ?

• VOTRE ENFANT RÉCLAME-T-IL UN BIBERON APRÈS LE COUCHER ?

Oui Non

Si oui, combien de fois ?

• REJOINT-IL LE LIT PARENTAL DANS LA NUIT ? Oui Non

