

QUESTIONNAIRE PARENTAL

VOTRE ENFANT

Nom Prénom

Né(e) le

Par qui êtes-vous adressé ? (merci de préciser sa profession et son nom)

Votre enfant est suivi par un :	Orthophoniste	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Orthoptiste	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Psychomotricien	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Ergothérapeute	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Neuropsychologue	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Psychologue	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Votre enfant est suivi par un médecin spécialiste :	Pédiatre	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Neuropédiatre	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Neurologue	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Pédopsychiatre	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Les suivis se font en :	CMP	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	CAMSP	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	CMPP	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	SESSAD	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Il bénéficie d'une prise en charge par une PCO Oui Non

Si oui, préciser **quelle** PCO

Pour quel type de prise en charge ?

Vous avez déposé une demande à la MDPH Oui Non

Si oui, préciser : Traitement en cours Avis favorable Refus

Préciser la nature de la demande

Votre enfant a déjà réalisé une évaluation du quotient intellectuel (QI) Oui Non

Un des deux parents a présenté les mêmes difficultés que l'enfant :

- Père	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- Mère	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Préciser les difficultés

Langues parlées à la maison (si différentes du français)

LES FRÈRES ET SŒURS

Nom	Prénom	Né(e) le	Difficultés scolaires

LES ANTÉCÉDENTS DE VOTRE ENFANT

LA GROSSESSE

Il y a eu des complications durant votre grossesse Oui Non

Si oui, préciser lesquelles

L'ACCOUCHEMENT

Il y a eu des complications durant l'accouchement Oui Non

Si oui, préciser lesquelles

Accouchement spontané **OU** Accouchement par césarienne

Votre enfant :

Son poids à la naissance

Il est né prématurément Oui Non

Si oui, préciser : - de combien de semaines
- la durée d'hospitalisation en néonatal.

Votre enfant est né après terme Oui Non

Si oui, préciser la durée du post-terme en nombre de jours

Il y a eu des complications post-natales Oui Non

Si oui, préciser

LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT

Votre enfant a eu des problèmes de santé Oui Non

Si oui, préciser lesquels

Et à quel âge

Il a déjà été hospitalisé ? Oui Non

Si oui, préciser les raisons et la durée de l'hospitalisation

Et à quel âge

Il a eu des problèmes ORL Oui Non

Si oui, préciser lesquels

Et à quel âge

Votre enfant a passé un audiogramme Oui Non

Si oui, à quel l'âge (merci de nous transmettre les résultats)

Votre enfant porte des lunettes Oui Non

Si oui, préciser pour quelles raisons

Il présente des difficultés :

- d'alimentation Oui Non
- de sommeil ? Oui Non

Si oui, préciser la nature de ces difficultés

Et à quel âge

A quel âge a-t-il acquis la propreté le jour ?

La nuit ?

Votre enfant présente des troubles de la propreté Oui Non

Si oui, préciser la nature (encoprésie, énurésie ?)

DÉVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT

Votre enfant a eu un retard de développement avant ses 9 mois Oui Non
(sourire-réponse, position assise, ...)

Si oui, préciser

Dans ses premières années, votre enfant a-t-il bénéficié de :

Réseau Naitre et Devenir Réseau Cocon PCO 0/6 ans

Préciser le type de suivis

MOTRICITÉ ET MOUVEMENTS

Votre enfant est... droitier gaucher ambidextre

À quel âge votre enfant a :

- fait ses premiers pas
- joué à faire semblant
- montré du doigt
- appris à faire du vélo
- appris à nager
- mangé seul

Aujourd'hui, votre enfant :

- sait s'habiller seul Oui Non
- sait faire ses lacets Oui Non
- a des comportements répétitifs Oui Non
(tels que se balancer, répéter sans cesse un geste,...)
- aime les jeux de balle Oui Non
- aime les sports collectifs Oui Non

PAROLE ET LANGAGE

Quand votre enfant est rentré à l'école maternelle, par rapport aux autres enfants, il parlait :

mieux aussi bien moins bien

Il avait des difficultés à se faire comprendre : à la maison à l'école

Votre enfant a bénéficié d'un bilan orthophonique de **langage oral** Oui Non

Il a eu des séances de rééducation orthophonique pour le **langage oral** Oui Non

date de début : date de fin :

nombre de séances par semaines :

pensez-vous que la rééducation a été : très efficace partiellement efficace

Il a régressé du point de vue du langage ? Oui Non

Aujourd'hui, vous avez parfois l'impression qu'il ne comprend pas :

- tout ce que vous lui dites Oui Non
- bien les histoires qui lui sont lues Oui Non
- les dessins animés Oui Non

LA MATERNELLE

À quel âge, votre enfant est rentré à la maternelle ? ans mois

On vous a signalé des difficultés Oui Non

Si oui, lesquelles

La tenue du crayon a été acquise : facilement difficilement

L'apprentissage des lettres et écrire son nom a été : facile difficile

Votre enfant aimait :

- dessiner Oui Non
- écrire Oui Non
- faire des puzzles Oui Non

COURS PRÉPARATOIRE - CP

Il a manifesté des difficultés dans l'acquisition de la lecture Oui Non

En fin de CP, la lecture était : acquise non acquise

Votre enfant aimait lire Oui Non

Il a eu des difficultés pour l'apprentissage des nombres et le calcul Oui Non

ACTUELLEMENT

SCOLARITÉ ET APPRENTISSAGES

Etablissement scolaire



Instruction en famille

CNED

Sa classe

Classe redoublée

Classe sautée

Votre enfant aime aller à l'école

Oui

Non

Il a des matières préférées

Oui

Non

Si oui, préciser lesquelles

Il bénéficie de :

PPRE

PAP

PPS

AESH

ULIS

SESSAD

Matériel Informatique

Complément d'information, si besoin (nature de l'aménagement...)

En classe, votre enfant :

- participe activement

Oui

Non

- présente des difficultés à se concentrer

Oui

Non

- peut perturber les cours

Oui

Non

- présente des difficultés à comprendre ce qu'il lit

Oui

Non

- a du mal à se faire comprendre lorsqu'il raconte un événement /une histoire

Oui

Non

- manque de vocabulaire ou ne trouve pas ses mots

Oui

Non

- présente des difficultés pour comprendre les règles de grammaire / conjugaisons

Oui

Non

Pendant les devoirs à la maison, il présente des difficultés

Oui

Non

Si oui, préciser lesquelles

- pour se mettre au travail

Oui

Non

- pour rester concentré sur ses devoirs

Oui

Non

- pour apprendre par cœur (multiplications, poésies,...)

Oui

Non

- pour apprendre ce qui a du sens (Histoire-Géo, SVT,...)

Oui

Non

- pour garder en mémoire ce qu'il a appris la veille

Oui

Non

AU DOMICILE

Il est turbulent

Oui

Non

Il utilise un ordinateur

Oui

Non

Il lui est difficile de rester en place plus de quelques minutes pour des jeux ou devant la télévision

Oui

Non

Combien de temps en moyenne, votre enfant reste devant un écran au cours d'une journée ?

(télévision, ordinateur, console, smartphone,...)

Il est devant un écran :

- avant de partir à l'école

Oui

Non

- en rentrant de l'école

Oui

Non

- avant d'aller se coucher

Oui

Non

- pendant le week-end

Oui

Non

Il y a un écran dans sa chambre

Oui

Non

Concernant les jeux vidéo :

Votre enfant joue en réseau Oui Non

Depuis qu'il joue aux jeux vidéo son comportement a changé (agressivité, repli sur soi, colères,...) Oui Non

Si oui, préciser

Il accepte facilement d'arrêter de jouer Oui Non

Depuis combien de temps joue-t-il régulièrement aux jeux vidéo ?

Il a des activités extrascolaires (sports, musique, théâtre,...) Oui Non

Si oui, préciser lesquelles

À l'intérieur, à quels jeux joue votre enfant ?

À l'extérieur ?

HABILETÉS SOCIALES

Votre enfant a des copains Oui Non

Il est invité aux anniversaires Oui Non

Il reconnaît et comprend les sentiments et les émotions d'une personne Oui Non

Il comprend les intentions d'autrui Oui Non

Il a des thèmes de prédilection (dinosaures, voitures, planètes, ...) Oui Non

Il aime les partager avec son entourage Oui Non

ORGANISATION TEMPORELLE

Votre enfant rencontre-t-il des difficultés pour se repérer dans le temps ?

(cocher la case correspondante)

	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
Il a besoin d'indices pour se repérer dans une semaine (dimanche : repos, lundi : école, mercredi : activités extrascolaires,...)			
Il confond les moments de la journée : matin / après-midi /soirée			
Pour un événement survenu récemment, il peut dire : «il y a très longtemps... »			
Il présente des difficultés à comprendre les notions suivantes : hier, demain ou après-demain			
Il lui est difficile de lire l'heure sur un cadran			
Il se trompe lorsqu'il doit évaluer une durée, comme par exemple la durée d'un film, d'une activité,...			
Il lui est difficile de comprendre les relations existantes entre les membres de la famille			

Si vous souhaitez apporter d'autres précisions, n'hésitez pas à le faire ici