

QUESTIONNAIRE PARENTAL

Nom de l'Enfant :

Prénoms :

Adresse :

.....

Téléphone : Mère : Père :

Profession des parents : Mère :/Père :

Par qui êtes vous adressés ? :

Préciser :

Merci de bien vouloir préciser ses coordonnées :

Les frères et sœurs :

Prénom	Date de naissance	Difficultés scolaires ?

Un des deux parents a-t-il présenté des difficultés semblables à celles de l'enfant ?

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

Quelles difficultés ?

Votre enfant est-il : ● droitier

 ● gaucher

Langues parlées :

LES ANTECEDENTS DE VOTRE ENFANT

La grossesse

Votre grossesse a-t-elle été normale ? Oui Non

L'accouchement

L'accouchement a-t-il été normal ? Oui Non

Prématuré (en semaine)

Si Oui,

durée d'hospitalisation en néonate :

Après terme (en jour)

Complication post natale ? :

Suivi : CAMSP Réseau Naitre et Devenir

Spontané : Oui Non

Césarienne : Oui Non

Quel était son poids à la naissance ?.....

Santé

A-t-il eu des problèmes de santé ?

Entre la naissance et la Maternelle : Oui Non

Si oui, lesquels :

Entre la Maternelle et le CP ? Oui Non

Si oui, lesquels.....

A-t-il déjà été hospitalisé ? Oui Non

A-t-il eu des problèmes ORL ? Oui Non

Si oui, lesquels et à quel âge ?.....

DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT

Motricité et mouvements

A-t-il eu un retard de développement avant ses 9 mois : Oui Non
(Sourire - réponse, position assise,)

A-t-il eu des difficultés d'alimentation ou de sommeil ? Oui Non

Âge :

des premiers pas :

Jouer à faire semblant :

Montrer du doigt :

l'apprentissage du vélo :

L'apprentissage de la nage :

Manger tout seul :

Est-ce que votre enfant sait s'habiller seul ? Oui Non

Est-ce que votre enfant sait faire ses lacets ? Oui Non

Votre enfant a-t-il des comportements répétitifs comme se balancer ou répéter sans cesse un geste ? Oui Non

Aime-t-il les jeux de balle ? Oui Non

Aime-t-il les sports collectifs ? Oui Non

Parole et langage

Par rapport aux autres enfants, quand il est rentré à la maternelle, parlait-il :

Mieux

Aussi bien

Moins bien

Avait-il des difficultés à se faire comprendre : À la maison À l'école

Dans ses questions, fait-il preuve d'une curiosité, d'une intelligence en avance sur son âge ? Oui Non

A-t-il des thèmes de prédilection (p.e. Dinosaures, Voitures, Planètes, ..) ? Oui Non

S'il a eu des troubles du langage, a-t-il eu des problèmes d'audition ? Oui Non

A quel âge ?.....

A-t-il eu un audiogramme ? Oui Non

Résultat :

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Oui Non

Si oui, pourquoi ?.....

Avez-vous parfois l'impression :

- Qu'il ne comprend pas tout ce que vous lui dites ? Oui Non

- Qu'il ne comprend pas bien les histoires qu'on lui lit ? Oui Non

- Qu'il ne comprend pas les dessins animés à la télévision ? Oui Non

Ces difficultés ont-elles nécessité une rééducation orthophonique ? Oui Non

Date de début : / / Date de fin : / /

Nombres de séances par semaines :

Pensez-vous qu'elle a été : Très efficace Partiellement efficace

A-t-il régressé du point de vue du langage après l'avoir acquis normalement ?

Oui

Non

LA MATERNELLE

A quel âge est- il rentré à la maternelle ?ans.....

Vous a-t-on signalé des difficultés ?

Oui

Non

Si oui, lesquelles :

La tenue du crayon a été acquise : Facilement

Difficilement

Votre enfant aime-t-il :

- Dessiner

Oui

Non

- Ecrire

Oui

Non

- Faire des puzzles

Oui

Non

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

Facile

Difficile

COURS PREPARATOIRE - CP

A-t-il manifesté des difficultés dans l'acquisition de la lecture ?

Oui

Non

En fin de CP, la lecture était :

Acquise

Non acquise

Votre enfant aime-t-il lire ?

Oui

Non

A-t-il eu des difficultés pour l'apprentissage des nombres et le calcul ?

Oui

Non

HABILETES SOCIALES

Votre enfant a-t-il des copains

Oui

Non

Votre enfant est-il invité aux anniversaires ?

Oui

Non

Votre enfant est-il capable de reconnaître et comprendre les sentiments et émotions d'une personne ?

Oui

Non

Votre enfant est-il capable de comprendre les intentions d'autrui ?

Oui

Non

Votre enfant est-il focalisé sur un sujet particulier ou inhabituel ?

Oui

Non

ACTUELLEMENT

Classe actuelle de votre enfant : / Classe(s) redoublée(s) :

Classe(s) sautée (s) :

Aime-t-il aller à l'école ?

Oui

Non

A-t-il des matières préférées ?

Oui

Non

Lesquelles

Bénéficie-t-il de : PAP

PPS

PPRE

AESH

ULIS

SESSAD Matériel Informatique

En classe :

- Il participe activement

Oui

Non

- Il a du mal à se concentrer

Oui

Non

- Il a tendance à perturber les cours

Oui

Non

- Il a des difficultés à comprendre ce qu'il lit

Oui

Non

- Il a des difficultés à comprendre les consignes écrites

Oui

Non

- Il a des difficultés à se faire comprendre lorsqu'il raconte un événement ou un film

Oui

Non

- Il manque de vocabulaire ou ne trouve pas ses mots

Oui

Non

- Il a des difficultés pour apprendre : comprendre les règles de grammaire (présent, futur, passé) et les conjugaisons

Oui

Non

Notez de 1 (pas de trouble) à 5 (beaucoup de troubles) les difficultés persistant actuellement pendant les devoirs à la maison :

- Langage (expression/compréhension) :

- Lecture (fluidité, hésitation, compréhension) :

- Ecriture (rapidité, lisibilité) :

- Orthographe :

- Calcul :

- Géométrie :

- Mémoire :

- Attention :

- Comportement :

- Il a des difficultés pour apprendre par cœur (Multiplications, Poésies)

Oui

Non

- Il a des difficultés pour apprendre ce qui a du sens (Histoire-Géo, SVT)

Oui

Non

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

Oui

Non

- Il a une bonne mémoire des événements, même lointains, et reconnaît les personnes, les lieux qu'il a vu il y a longtemps

Oui

Non

A la maison :

- Il est turbulent Oui Non
- Il a du mal à rester concentré sur ses devoirs Oui Non
- Il a du mal à rester en place plus de quelques minutes pour des jeux ou devant la télévision : Oui Non
- Utilise-t-il un ordinateur ? Oui Non

Combien de temps en moyenne, votre enfant passe de temps par jour devant un écran ?
(Télévision, ordinateur, console et jeux vidéo, smartphone, ...) :

.....
A quel moment de la journée ?
Avant de partir à l'école ?
En rentrant de l'école ?
Avant d'aller se coucher ?
Pendant le week-end ?
Y a t il une TV dans sa chambre ?

Pour les jeux vidéos, joue t il en réseau ?
Depuis qu'il joue aux jeux vidéo son comportement a t il changé ? (Plus agressif, plus renfermés, moins de discussion avec l'entourage, se met en colère s'il en est privé, ..) :
.....

Accepte-t-il facilement d'arrêter de jouer ?
.....

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

A-t-il des activités extrascolaires : (sports, musique, théâtre,...) Oui Non
Lesquelles :

A quels jeux joue votre enfant l'intérieur ? :
À l'extérieur ?

A-t-il des problèmes alimentaires ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

A-t-il des troubles du sommeil ? Oui Non
Dort il seul ? Oui Non

A-t-il des troubles de la propreté ? Oui Non

A quel âge a-t-il été propre le jour ?
La nuit ?

ORGANISATION TEMPORELLE

Votre enfant rencontre-t-il aujourd'hui ou a-t-il rencontré des difficultés pour se repérer dans le temps ?

(Estimez l'intensité des difficultés et cochez la case correspondante sur l'échelle d'appréciation)

	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	SOUVENT	TRES SOUVENT
Il se souvient difficilement des : jours / mois / années que nous sommes.					
Il confond les moments de la journée : matin / après- midi /soirée.					
Un événement qui est survenu le matin, il peut le placer la veille.					
Pour un événement qui est survenu il y a quelques jours, il peut dire : « il y a très longtemps... »					
Il lui est difficile de comprendre les relations existantes entre les membres de la famille.					
Il a du mal à comprendre les notions suivantes : hier, demain ou après-demain.					
Il a des difficultés à lire l'heure sur un cadran.					
Il se trompe lorsqu'il doit évaluer une durée, par exemple la durée d'un film, d'une activité,....					
Vous avez besoin de lui donner des indices pour qu'il se repère dans une semaine (dimanche : repos, lundi : école, mercredi : activités extrascolaires,.....)					

Votre enfant est-il suivi par un :

Orthophoniste ?

Oui

Non

Orthoptiste ?

Oui

Non

Psychomotricien?

Oui

Non

Ergothérapeute ?

Oui

Non

Neuropsychologue ?

Oui

Non

Psychologue ?

Oui

Non

Tout autre Médecin ?

Oui

Non

Les suivis se font ils en :

CMP

Oui

Non

CAMPS

Oui

Non

CMPP

Oui

Non

SESSAD

Oui

Non

Votre enfant a-t-il déjà eu un test de quotient intellectuel (**QI**) ? : Oui

Non

Votre enfant a-t-il un dossier MDPH ?

Si oui, résultats ou compte-rendu à joindre impérativement à ce questionnaire.

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

.....

.....

.....