

## Questionnaire Administratif et parental

### ENFANT :

Nom : .....Prénom(s) : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

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

### RESPONSABLE LEGAL :

Père : Nom .....Prénom .....Profession

..... ;;

Mère: Nom .....Prénom .....Profession

Mariés           Séparés           Divorcés           Jugement parental

Autorité parentale : Les deux           Père           Mère

Adresse 1 : .....

Adresse 2 : .....

Numéros de téléphone : Père .....Mère .....

Mails : Père.....Mère.....

### ASSURE SOCIAL (Nom marital et patronymique) :

Nom.....

Prénoms :.....

N° de S.S : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Centre S.S.....

Centre de MUTUELLE : .....

CMU :                      OUI                       NON

### NOM DU MEDECIN TRAITANT ou PEDIATRE ou NEUROPEDIATRE DE L'ENFANT :

.....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....Adresse e-mail .....

### MDPH

Dossier à la MDPH : OUI                       NON                       EN COURS   
Si oui/en cours pour : AESH                       AEEH base                       AEEH avec complément                       PCH

**ANTECEDENTS FAMILIAUX**

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

- Père Oui  Non
- Mère Oui  Non

Quelles difficultés ? .....

Si l'enfant a des frères et sœurs, certains ont-ils connu les mêmes difficultés ? Oui  Non

- Prénom : ..... à quel âge : .....
- Prénom : ..... à quel âge : .....

D'autres difficultés ? Oui  Non

Lesquelles ? .....

Pour cela voient-ils un spécialiste (médecin, orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute, psychologue / neuropsychologue) ? Oui  Non

Langue maternelle : .....

Autre(s) langue(s) parlée(s) : .....

**ANTECEDENTS DE VOTRE ENFANT**

Vous avez eu les problèmes de la grossesse ? Oui  Non

- Diabète Oui  Non
- Hypertension Oui  Non
- Menace de fausse couche Oui  Non
- Autre, précisez..... Oui  Non

Vous avez eu les problèmes de l'accouchement ? Oui  Non

Si oui, lesquelles .....

Prématuré  Post-termé  de combien : .....

Césarienne  pourquoi ?.....

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

Complications post-natales ? Oui  Non

Si oui, lesquelles ?.....

Hospitalisation en néonatalogie ? Combien de temps ?..... Oui  Non

Suivi : CAMPS  Réseau Naitre et Devenir

A-t-il eu des problèmes de santé ? Oui  Non

Si oui, lesquels et à quel âge.....

A-t-il eu des problèmes ORL (les amygdales ou la végétation) ? Oui  Non

Si oui, lesquels et à quel âge ?.....

A-t-il été hospitalisé ? Oui  Non

Si oui, quand et pourquoi ?.....

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

Si oui, pourquoi ?.....

Votre enfant a-t-il des allergies, de l'asthme, l'exéma ? Oui  Non

Si oui, précisez ?.....

**DEVELOPPEMENT INITIAL DE VOTRE ENFANT : Motricité et mouvements**

Votre enfant a-t-il manifesté des difficultés ou du retard dans :

- La station debout : Oui  Non
- La marche : Oui  Non   
Age des premiers pas : .....
- L'apprentissage du vélo : Oui  Non
- L'apprentissage de la natation : Oui  Non

Trouvez-vous que votre enfant a présenté une maladresse ? Oui  Non

- Trouvez-vous que votre enfant ait un mauvais équilibre ? Oui  Non
- A-t-il eu du retard pour s'habiller seul ? Oui  Non
- A-t-il eu du retard pour boutonner un gilet ? Oui  Non
- A-t-il eu du retard pour faire ses lacets ? Oui  Non

## DEVELOPPEMENT INITIAL DE VOTRE ENFANT : Parole et langage

- Il a eu des problèmes du langage ? Oui  Non
- Si oui, précisez.....
- 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 : Oui  Non
- À la maison  À l'école
- Avait-t-il des difficultés pour vous comprendre ? Oui  Non
- A-t-il mis du temps avant de faire des phrases complètes ? Oui  Non
- A-t-il eu des problèmes d'audition ? A quel âge ?..... Oui  Non
- A-t-il eu un audiogramme ? Oui  Non
- Résultat : .....

## LA MATERNELLE

- A quel âge est-il rentré à la maternelle ? .....
- Vous a-t-on signalé des difficultés ? Oui  Non
- Si oui, lesquelles : .....
- La tenue du crayon a été acquise : Difficilement  Facilement
- Votre enfant a-t-il des difficultés pour :
- Dessiner Oui  Non
  - Ecrire Oui  Non
  - Faire des puzzles Oui  Non
  - Colorier Oui  Non
  - Découper Oui  Non
- L'apprentissage des lettres et écrire son nom s'est fait : Difficilement  Facilement

## COURS PREPARATOIRE - CP

- A-t-il manifesté des difficultés dans l'acquisition de la lecture ? Oui  Non
- Les 3 premiers mois, l'apprentissage a été : Difficile  Facile
- Si oui, précisez.....
- En fin de CP, la lecture était : Non acquise  Acquise
- Votre enfant n'aime pas lire ? Oui  Non
- A-t-il eu des difficultés pour l'apprentissage des nombres et le calcul ? Oui  Non
- L'apprentissage du calcul était-il plus difficile que celui de la lecture ? Oui  Non

## HABILETES SOCIALES

- Votre enfant a-t-il des difficultés pour créer des liens amicaux ? Oui  Non
- Votre enfant est-t-il rarement ou pas invité aux anniversaires ? Oui  Non
- Petit, est-ce que votre enfant ne pointait et ne désignait pas des objets ? Oui  Non
- N'a pas fait des jeux de « faire semblant » (jouer à la dinette, à bricoler, ... ) Oui  Non
- Votre enfant a-t-il des comportements répétitifs ? Oui  Non
- Avait-t-il des centres d'intérêt spécifiques ? lesquelles ..... Oui  Non
- Avait-t-il du mal à comprendre les autres ? Oui  Non

**ACTUELLEMENT**

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 ? .....  
 Y a-t-il une TV dans sa chambre ? .....  
 Pour les jeux vidéo, joue-t-il en réseau ? .....  
 Depuis qu'il joue aux jeux vidéo son comportement a-t-il changé ? (Plus agressif, plus renfermé, moins de discussion avec l'entourage, se met en colère s'il en est privé, ...) :  
 .....  
 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 à l'intérieur ? : .....  
 À l'extérieur ? .....

**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,.....)					

**COMMENTAIRES**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....