

Nom du médecin  
Nom de l'enfant :

Date de l'examen :  
Date de naissance

## Questionnaire parental / enfant fin de GS

Questionnaire rempli par : le père  la mère  les deux  autre précisez : \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTS

Grossesse et naissance (prématurité, faible poids, enfant adopté) : \_\_\_\_\_

Age de la marche : \_\_\_\_\_ mois

1) Traitements en cours : \_\_\_\_\_ oui  non

Préciser \_\_\_\_\_

2) Antécédents d'hospitalisations et/ou de problèmes de santé \_\_\_\_\_ oui  non

Si oui détailler : \_\_\_\_\_

3) Votre enfant a-t-il eu des difficultés de langage ? \_\_\_\_\_ oui  non

A-t-il déjà été rééduqué(e) par une orthophoniste ? \_\_\_\_\_ oui  non

4) Dyslexie, ou autre problème scolaire dans la famille \_\_\_\_\_ oui  non

Préciser \_\_\_\_\_

### CONDITIONS DE VIE

**Situation parentale** Parents vivant dans le même foyer \_\_\_\_\_ oui  non

Famille monoparentale \_\_\_\_\_ oui  non

Famille recomposée \_\_\_\_\_ oui  non

**5) Événements familiaux depuis l'examen de 4 ans** \_\_\_\_\_ oui  non

Si oui le(s)quel(s) : \_\_\_\_\_

6) Composition de la famille (nombre d'enfants et adultes présents à la maison)

Préciser \_\_\_\_\_

Activité du père : \_\_\_\_\_ Activité de la mère : \_\_\_\_\_

### 7) ALIMENTATION

Votre enfant :

Mange-t-il entre les repas (grignotage) ? \_\_\_\_\_ oui  non

Faut-il le forcer ou le freiner pour manger? \_\_\_\_\_ oui  non

Se brosse-t-il les dents au moins deux fois par jour ? \_\_\_\_\_ oui  non

### 9) SOMMEIL

Votre enfant

Dort-il dans le lit des parents une partie de la nuit ? \_\_\_\_\_ oui  non

Prend-il un biberon la nuit ? \_\_\_\_\_ oui  non

Ronfle-t-il régulièrement en dormant ? \_\_\_\_\_ oui  non

A-t-il des problèmes de sommeil (s'endort difficilement, se réveille trop tôt, ou se réveille la nuit)

\_\_\_\_\_ oui  non

Heure du coucher: |\_\_|\_\_| H |\_\_|\_\_|

### 10) AUTONOMIE ET HABILITE

Votre enfant

Aime-t-il dessiner ? \_\_\_\_\_ oui  non

Est-il à l'aise avec l'utilisation de la fourchette et du couteau pour manger \_\_\_\_\_ oui  non

Sait-il s'habiller seul ? \_\_\_\_\_ oui  non

Sait-il découper avec des ciseaux ? \_\_\_\_\_ oui  non

Est-il à l'aise avec les puzzles et les activités de construction ? \_\_\_\_\_ oui  non

Est-il attiré par les activités manuelles (bricolage, gommettes, pâte à modeler) ? \_\_\_\_\_ oui  non

L'enseignant se plaint-il de sa lenteur ? \_\_\_\_\_ oui  non

### 11) CONTROLE SPHINCTERIEN

Votre enfant :

A-t-il des accidents dans la journée (slip taché ? gouttes ?...) \_\_\_\_\_ oui  non

Nom du médecin  
Nom de l'enfant :

Date de l'examen :  
Date de naissance

Est-il propre de nuit ? ..... oui  non   
A-t-il des problèmes d'évacuation intestinale (selles molles, irrégulières, constipation) - oui  non

### 12) ORIENTATION TEMPORO-SPATIALE

Votre enfant

Connait-il la droite et la gauche ? ..... oui  non   
Connait-il la différence entre matin après-midi et soir ? ..... oui  non

### 13) COMPORTEMENT

Votre enfant :

Bouge-t-il tout le temps ? ..... oui  non   
Se met-il souvent en danger (risques inconsidérés) ? ..... oui  non   
Se met-il en colère à la moindre contrariété ou est-il bagarreur? ..... oui  non   
Se montre-t-il le plus souvent étourdi (oublie, perd ses affaires personnelles) ? ..... oui  non   
Se montre-t-il opposant pour les règles de la vie quotidienne à la maison ou à l'école ? ..... oui  non   
Peut-il attendre son tour quand il joue ou pour parler ? ..... oui  non   
Peut-il mener jusqu'à son terme une activité prolongée ? ..... oui  non

### 14) VIE AFFECTIVE

Votre enfant :

Est-il souvent angoissé ? ..... oui  non   
Exprime-t-il de la tristesse ? ..... oui  non   
Si oui est-ce la plupart du temps ? ..... oui  non   
Exprime-t-il des peurs et/ou des préoccupations gênant sa vie quotidienne  
(Sur la saleté, les microbes, ou l'ordre par exemple)? ..... oui  non   
Exprime-t-il souvent des inquiétudes à votre égard ou sur sa santé physique ? ..... oui  non   
Refuse-t-il de partir plusieurs jours chez une autre personne que les parents ? ..... oui  non   
(Grands-parents, amis, famille ...)

### 15) VIE RELATIONNELLE

Votre enfant :

A-t-il tendance à s'isoler (en classe et/ou à la maison) ? ..... oui  non   
Peut-il jouer seul dans une pièce ? ..... oui  non   
A-t-il du mal à se faire des copains et à les garder? ..... oui  non   
Est-il très timide voir renfermé ? ..... oui  non   
Parait-il parfois bizarre dans ses propos ou son comportement ? ..... oui  non   
Passe-t-il à votre avis trop de temps devant la télé, l'ordinateur ou les jeux vidéo ? ..... oui  non

### 16) AUDITION

Trouble de l'audition déjà détecté ou suivi ORL en cours ..... oui  non   
Votre enfant parle-t-il fort ? ..... oui  non   
Fait-il répéter ? ..... oui  non   
Entend-il mal ou monte-t-il le son de la télé ? ..... oui  non   
Entend-il mal quand il y a du bruit autour ? ..... oui  non   
Comprend-il tout ? ..... oui  non

### 17) VISION

Trouble de la vision déjà détecté ou suivi ophtalmologique en cours ? ..... oui  non

### 18) DIFFICULTE SIGNALÉE A L'ÉCOLE ? ..... OUI NON

Si oui laquelle

A-t-il une aide dans le cadre de l'école ? .....

### 19) Est-il suivi par un CMPP, un CMP, un psychologue de ville,? ..... oui non

Si oui, pour quelle raison ? .....

### 20) VOTRE ENFANT VOUS MET-IL EN DIFFICULTE DANS LA PLUPART DES ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE ?

..... OUI  NON