

Afin de mieux cerner votre demande, et de préparer la consultation, voici une aide pour rassembler des informations utiles pour analyser votre demande, le développement de votre enfant, les étapes de sa scolarité, les difficultés éventuellement rencontrées, et les bilans déjà réalisés. Bien entendu, nous reprendrons tous ces éléments ensemble et les préciserons.

Pensez bien à apporter à la consultation les courriers et les compte rendus des professionnels, le carnet de santé, et les différents questionnaires remplis

Nom et prénom de l'enfant :

Classe :

Questionnaire rempli par : le père ☐

la mère ☐

les deux ☐

Autre (préciser) :

Date de la consultation : ____/____/20__

Date de naissance : ____/____/20__

Qui vous adresse ?

Pour quelle raison ?

DIFFICULTES DEJA SIGNEEES

Difficultés signalées à l'école : oui ☐ non ☐

Si oui, laquelle, lesquelles :

Votre enfant aime-t-il aller à l'école ? non ☐ oui ☐

Votre enfant s'inquiète-t-il d'avoir de mauvaises notes ? oui ☐ non ☐

Est-il ou a-t-il été victime de moqueries, humiliations ou harcèlement à l'école ? oui ☐ non ☐

Est-il suivi (ou a-t-il été suivi) par un CAMSP, un CMP, un CMPP ou une autre structure (entourer) ? oui ☐ non ☐

Si oui, pour quelle raison ?

A-t-il une aide en classe par une AVS/AESH ? oui ☐ non ☐

Bénéficiez-vous déjà pour votre enfant d'une reconnaissance pour la MDPH ? oui ☐ non ☐

Si oui, avec quelle aide accordée ?

Votre enfant a-t-il déjà été vu un(e) psychologue, orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute ? oui ☐ non ☐

Si oui, pourquoi et durant combien de temps ?

ANTECEDENTS

Grossesse spontanée Oui/Non PMA : Oui/Non Terme de naissance : Adoption : Oui/Non

Infection durant la grossesse Oui/Non : Quel germe ? :

Quels produits Tabac/Cannabis oui ☐ non ☐

la maman a-t-elle Alcool oui ☐ non ☐

pu consommer Médicaments, lesquels ? oui ☐ non ☐

durant la grossesse ? Autres : oui ☐ non ☐

Poids de naissance : Taille de naissance :

Hospitalisation à la naissance : oui ☐ non ☐

Age de tenue assis stable sans aide : mois Age de la marche sans aide : mois

Traitements en cours : oui ☐ non ☐

Précisez :

Antécédents d'hospitalisations et/ou de problèmes de santé oui ☐ non ☐

Si oui détaillez :

Connaissez-vous des antécédents de dyslexie, ou autre problème scolaire dans la famille ? oui ☐ non ☐

Précisez :

Connaissez-vous des antécédents de maladie génétique, épilepsie, difficulté de développement

Intellectuel, ou autres dans la famille ? oui ☐ non ☐

Précisez :

Langue (s) parlée (s) à la maison :

Avant ou à deux ans :

Votre enfant pouvait-il associer deux mots : « papa pati », « veux gato », « pas dodo » ... ?	non	☐	oui	☐
Pouvait-il vous faire comprendre ce qu'il voulait en vous regardant, puis en pointant du doigt et du regard vers l'objet ?	non	☐	oui	☐
Pouvait-il faire des jeux de faire semblant : jouer à la dinette, à bricoler, faire le ménage ... ?	non	☐	oui	☐
Pouvait-il s'intéresser à ce que vous lui montriez ?	non	☐	oui	☐
Pouvait-il réagir en comprenant votre mimique de visage ?	non	☐	oui	☐
Pouvait-il se tourner facilement vers vous à l'appel de son prénom ?	non	☐	oui	☐

Langage oral à l'entrée en petite section de maternelle :

Était-il intelligible ?	non	☐	oui	☐
Faisait-il des phrases comprenant un sujet, le verbe et un complément ?	non	☐	oui	☐

CONDITIONS DE VIE

Situation parentale	Parents vivant dans le même foyer	non	☐	oui	☐
	Famille monoparentale	oui	☐	non	☐
	Famille recomposée	oui	☐	non	☐

Événements familiaux	oui	☐	non	☐
-----------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------

Si oui le(s)quel(s) :

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

Précisez

Activité des parents : père : mère :

Problèmes de santé récents dans la famille :

LOISIRS

Temps quotidien passé devant la TV :

Temps quotidien passé devant les jeux vidéos :

Temps quotidien passé devant l'ordinateur, la tablette ou le smartphone :

Temps quotidien moyen passé dans des activités d'extérieur :

Sport(s) pratiqués :

Votre enfant fait-il ou faisait-il plus petit des jeux de construction avec facilité et plaisir ? non ☐ oui ☐

Lesquels : légos - kaplas - autres :

Peut-il ou pouvait-il construire en 3 dimensions (une maison, camion, vaisseau de l'espace ? non ☐ oui ☐

Peut-il ou pouvait-il également suivre en autonomie le plan de montage d'une boîte de son âge ? non ☐ oui ☐

Peut-il ou pouvait-il se déguiser avec plaisir : super héros, cowboy, pompier, princesse ... ? non ☐ oui ☐

Peut-il ou pouvait-il alors jouer le rôle de ce personnage et faire comme s'il l'était ? non ☐ oui ☐

Peut-il ou pouvait-il rester attentif le temps d'une partie de jeu de société adapté à son âge non ☐ oui ☐

Peut-il ou pouvait-il alors respecter le tour de rôle de ce jeu ? non ☐ oui ☐

Participe-t-il à des jeux ou des sports collectifs non ☐ oui ☐

Commentaires :

AUDITION ET VISION

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 ☐

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

Quel trouble de vision ?

Examen ophtalmologique réalisé depuis moins de six mois ? oui ☐ non ☐

PROFIL SENSORIEL ET SENSORI-MOTEUR PARTICULIER

Réaction exagérée ou absence de réaction à des bruits forts (entourer) oui ☐ non ☐

Réaction exagérée à des petits bruits banaux de l'environnement oui ☐ non ☐

Absence de réaction aux bruits habituels oui ☐ non ☐

Réaction exagérée aux odeurs oui ☐ non ☐

Évitement ou attirance inhabituelle pour la lumière (perception accrue des ombres) oui ☐ non ☐

Aversion ou évitement du contact tactile, de certaines textures ou de certains tissus	oui	☐	non	☐
Absence ou faible réaction au contact tactile (se brûle ou blesse sans ressentir de douleur)	oui	☐	non	☐
Mouvements répétitifs (flapping des mains ou papillonnage des doigts, balancements, déambulation, tournoiements, marche sur la pointe des pieds)	oui	☐	non	☐
Commentaires :				

VIE AFFECTIVE ET EMOTIONNELLE

Est-il souvent angoissé ?	oui	☐	non	☐
Exprime-t-il de la tristesse ?	oui	☐	non	☐
Si oui à quel moment ou la plupart du temps :				
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 ? (Grands-parents, amis, famille ...)	oui	☐	non	☐
N'a pas envie de jouer (il faut le pousser sans arrêt) ?	oui	☐	non	☐
Se dévalorise (je n'y arriverai pas je suis nul ...) ?	oui	☐	non	☐
Commentaires :				

COMPORTEMENT

Bouge-t-il tout le temps ?	oui	☐	non	☐
Se met-il souvent en danger (risques inconsidérés) ?	oui	☐	non	☐
Est-il souvent bagarreur ?	oui	☐	non	☐
Se montre-t-il le plus souvent étourdi (oublie, perd ses affaires personnelles) ?	oui	☐	non	☐
Peut-il attendre son tour quand il joue ou pour parler ?	non	☐	oui	☐
Peut-il mener jusqu'à son terme une activité prolongée ?	non	☐	oui	☐
A-t-il des difficultés pour rester assis à table le temps du repas ?	oui	☐	non	☐
Se met-il en colère à la moindre contrariété ?	oui	☐	non	☐
Se montre-t-il opposant pour les règles de la vie quotidienne ?	oui	☐	non	☐
Si oui à quel moment ou dans quelle circonstance :				
Commentaire :				

VIE RELATIONNELLE

A-t-il tendance à s'isoler (en classe et/ou à la maison) ?	oui	☐	non	☐
A-t-il du mal à se faire des copains et à les garder ?	oui	☐	non	☐
Peut-il jouer seul dans une pièce ?	non	☐	oui	☐
Est-il très timide voir renfermé ?	oui	☐	non	☐
Parait-il parfois bizarre dans ses propos ou son comportement ?	oui	☐	non	☐
Votre enfant est-il fasciné par un sujet particulier ou inhabituel dont il est devenu « expert » ?	oui	☐	non	☐
Avez-vous l'impression qu'il ne communique pas ou peu, qu'il n'est pas vraiment dans l'échange ?	oui	☐	non	☐
Est-il contrarié à l'excès par des changements dans sa routine ou ses habitudes ?	oui	☐	non	☐
Vous parait-il avoir le sens de l'humour comme des enfants de son âge ?	non	☐	oui	☐
Vous semble-t-il comprendre le langage figuré, les expressions au second degré (mort de rire, tiens-toi à carreau, as-tu perdu ta langue) ?	non	☐	oui	☐
Peut-il dire des petits mensonges dans la vie quotidienne comme des enfants de son âge ?	non	☐	oui	☐
Peut-il tenir compte des conventions sociales, et ne pas dire par exemple des paroles blessantes pour autrui sans s'en rendre compte ?	non	☐	oui	☐
En regard à une tristesse exprimée face à lui, votre enfant va-t-il spontanément vouloir consoler la personne ?	non	☐	oui	☐

SOMMEIL

A-t-il des problèmes de sommeil ?	oui	☐	non	☐
Dort-il dans le lit des parents une partie de la nuit ?	oui	☐	non	☐
Dort-il bouche ouverte à longueur d'année ?	oui	☐	non	☐
Ronfle-t-il régulièrement ou à longueur d'année ?	oui	☐	non	☐
Fait-il régulièrement des pauses respiratoires (apnées) dans son sommeil ?	oui	☐	non	☐
Transpire-t-il beaucoup la nuit, même en dehors des grosses chaleurs ?	oui	☐	non	☐
Se réveille-t-il habituellement en pleine forme ?	non	☐	oui	☐
Se réveille-t-il dans la nuit très souvent ?	oui	☐	non	☐
A quelle heure se couche-t-il habituellement en semaine ?				
Combien de temps faut-il pour qu'il s'endorme habituellement en semaine ?				
Est-ce que vous lui donnez de la mélatonine le soir ?				
Commentaires :				

CONTROLE SPHINCTERIE

Votre enfant est-il propre de jour ?	non	☐	oui	☐
Votre enfant est-il propre de nuit ?	non	☐	oui	☐
Arrive-t-il à votre enfant de jour de salir sa culotte (urines) ?	oui	☐	non	☐
Arrive-t-il à votre enfant de salir de jour sa culotte (selles) ?	oui	☐	non	☐

Commentaires :

HABILETES ET REPERAGE TEMPOREL ET SPATIAL *

Votre enfant a-t-il des difficultés pour s'habiller ?	oui	☐	non	☐
Votre enfant a-t-il des difficultés pour les boutons ?	oui	☐	non	☐
Votre enfant a-t-il des difficultés pour les lacets ?	oui	☐	non	☐
Mange-t-il facilement avec deux couverts	non	☐	oui	☐
Coupe-t-il habituellement seul sa viande ?	non	☐	oui	☐
Est-il à l'aise avec l'utilisation des outils scolaires (ciseaux, règle, équerre, compas ...) ?	non	☐	oui	☐
Ecrit-il avec difficultés ?	oui	☐	non	☐
Est-il particulièrement lent dans les gestes de la vie quotidienne ?	oui	☐	non	☐
Se repère-t-il dans les jours de la semaine ?	non	☐	oui	☐
Connait-il la droite et la gauche sur autrui (pas simplement sur lui-même) ?	non	☐	oui	☐

Ce questionnaire concerne la plupart des compétences motrices que votre enfant fait avec ses mains ou lorsqu'il bouge. Veuillez comparer le degré de coordination qu'a votre enfant avec celui des autres enfants du même âge quand vous répondez aux questions.	La description correspond				
Veuillez entourer dans chaque ligne le chiffre correspondant à la réalisation de votre enfant « comme celle des enfants de son âge »	pas du tout à mon	un peu à mon enfant	modérément à mon enfant	assez à mon enfant	tout à fait à mon enfant
Votre enfant lance un ballon de manière contrôlée et précise.	1	2	3	4	5
Votre enfant attrape une petite balle (par exemple de la taille d'une balle de tennis) lancée sur lui d'une distance d'environ 2 à 2,5 mètres.	1	2	3	4	5
Votre enfant frappe avec précision une balle ou un volant lancé sur lui avec une raquette.	1	2	3	4	5
Votre enfant saute facilement par-dessus des obstacles que l'on trouve dans les jardins et les aires de jeu	1	2	3	4	5
Votre enfant court vite et de façon comparable à celle des enfants du même âge et du même sexe	1	2	3	4	5
Lorsque votre enfant a le projet de faire une activité motrice, il/elle peut effectivement la réaliser (par exemple construire une cabane, utiliser des installations d'aires de jeu, faire un jeu de construction, un bricolage).	1	2	3	4	5
Votre enfant écrit, ou s'il/elle n'écrit pas encore, dessine suffisamment rapidement pour suivre le rythme des enfants de sa classe.	1	2	3	4	5
Votre enfant écrit des lettres, des chiffres et des mots de manière lisible et précise, ou s'il/elle n'écrit pas encore, colorie sans dépasser et fait des dessins que vous pouvez reconnaître.	1	2	3	4	5
Votre enfant fournit une pression adaptée pour écrire ou dessiner (il/elle ne tient pas son crayon de manière crispée, son écriture n'est pas appuyée ou trop foncée, ni trop claire).	1	2	3	4	5
Votre enfant découpe des images et des formes avec précision et facilité.	1	2	3	4	5
Votre enfant s'intéresse et aime participer aux activités sportives ou jeux dynamiques qui nécessitent de bonnes capacités motrices.	1	2	3	4	5
Votre enfant apprend facilement de nouvelles activités motrices (par exemple nager, faire du patin à roulettes) et n'a pas besoin de plus de pratique ou de temps que les enfants de son âge pour atteindre le même niveau	1	2	3	4	5
Votre enfant effectue avec rapidité et facilité les activités ordinaires de la vie quotidienne (par exemple ranger ses affaires, enfiler et lacer ses chaussures, s'habiller, etc.)	1	2	3	4	5
Votre enfant vous semble adroit (n'a pas tendance à renverser ou casser les objets).	1	2	3	4	5
Votre enfant peut rester assis en se tenant droit lorsqu'il doit être assis un certain temps (ne se fatigue pas facilement ou ne s'avachit pas comme s'il tombait de sa chaise).	1	2	3	4	5

* Ray-Kaesler, et Al.. (2019). Psychometric assessment of the French European Developmental Coordination Disorder Questionnaire (DCDQ-FE). PLOS ONE, 14(5), e0217280.

Pour vos réponses au questionnaire ci-dessus, pensez-vous qu'il est gêné principalement par :

une maladie	oui	☐	non	☐
et/ou par de l'inattention	oui	☐	non	☐
et/ou par de l'impulsivité	oui	☐	non	☐

Commentaires :

Votre enfant vous met-il en difficulté ?	oui	☐	non	☐
--	-----	--------------------------	-----	--------------------------

Si oui, de quelle façon, et est-ce la plupart du temps ?

Avez-vous des demandes ou des inquiétudes particulières concernant votre enfant ?