



## Questionnaire parental préalable à la consultation

Afin de mieux cerner votre demande, et de préparer la consultation, je vous propose 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.

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 ?

### ANTÉCÉDENTS

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

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 :*

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

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

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

*Précisez :*

#### 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

### 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*

Problèmes de santé dans la famille :

Activité des parents :

### HABILETÉS ET REPÉRAGE TEMPOREL ET SPATIAL

Vous paraît-il maladroit ? \_\_\_\_\_ oui  non

A-t-il des difficultés pour courir (lourd, pataud, trébucher fréquemment) ? \_\_\_\_\_ oui  non

A-t-il des difficultés dans les activités motrices (marelle, corde à sauter) ? \_\_\_\_\_ oui  non

Sait-il faire du vélo sans petite roue ? \_\_\_\_\_ oui  non  Depuis quel âge ? : \_\_\_\_\_ ans

A-t-il des difficultés pour certains sports (individuels, collectifs) ? \_\_\_\_\_ oui  non

A-t-il des difficultés pour s'habiller ? \_\_\_\_\_ oui  non

A-t-il des problèmes pour organiser ses affaires d'école ? \_\_\_\_\_ oui  non

Est-il à l'aise avec l'utilisation des couverts pour manger ? \_\_\_\_\_ non  oui

Est-il à l'aise dans l'utilisation des outils scolaires (ciseaux, règle, compas) ? \_\_\_\_\_ non  oui

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

Écrit-il mal ou lentement ? \_\_\_\_\_ oui  non

Est-il à l'aise avec les puzzles et les activités de construction (Legos, Kaplas)? \_\_\_\_\_ non  oui

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

Est-il lent dans les gestes de la vie quotidienne (habillage, alimentation, dessin) ? \_\_\_\_\_ oui  non

Connait-il la droite et la gauche sur autrui ? \_\_\_\_\_ non  oui

Se repère-t-il dans les jours de la semaine ? \_\_\_\_\_ non  oui

Les difficultés éventuelles signalées dans les questions précédentes

- retentissent-elles dans la vie quotidienne à la maison ? \_\_\_\_\_ oui  non

- retentissent-elles à l'école ? \_\_\_\_\_ oui  non

De quelle façon :

## SOMMEIL, ET CONTRÔLE SPHINCTÉRIEN

- A-t-il des problèmes de sommeil (s'endort difficilement, se réveille trop tôt, pendant la nuit) ? ..... oui  non
- Dort-il dans le lit des parents une partie de la nuit ? ..... oui  non
- Arrive-t-il à votre enfant de salir sa culotte (selles) ? ..... oui  non

## COMPORTEMENT

- Bouge-t-il tout le temps ? ..... oui  non
- Se met-il souvent en danger (risques inconsidérés) ? ..... 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 ? ..... oui  non
- 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 ou est-il bagarreur ? ..... oui  non
- Se montre-t-il opposant pour les règles de la vie quotidienne ? ..... oui  non

## VIE AFFECTIVE ET ÉMOTIONNELLE

- 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 ? ..... oui  non
- (Grands-parents, amis, famille ...)
- 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
- Si oui à quel moment ou dans quelle circonstance : .....

## 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
- Votre enfant est-il fasciné par un sujet particulier ou inhabituel dont il est devenu « expert » ? ..... oui  non
- Est-il contrarié à l'excès par des changements dans sa routine ou ses habitudes ? ..... oui  non
- Vous paraît-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 ? ..... 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
- Paraît-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

## 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
- Est-il inhabituellement gêné par des bruits, des odeurs, des textures d'aliments ou des sensations cutanées banales : lesquelles ? ..... oui  non
- Trouble de la vision déjà détecté ou suivi ophtalmologique en cours ? ..... oui  non

## DIFFICULTÉS SIGNALÉES À L'ÉCOLE

- Comportement : ..... oui  non
- Attention : ..... oui  non
- Apprentissages scolaires ..... oui  non
- Langage ..... oui  non
- Lecture/orthographe ..... oui  non
- Écriture ..... oui  non
- Mathématiques ..... oui  non
- Si oui laquelle, lesquelles ?
- A-t-il une aide dans le cadre de l'école et si oui laquelle ? ..... oui  non
- A-t-il un suivi par un CMP, un CMPP, un psychiatre ou un psychologue ? ..... oui  non
- Si oui, préciser :
- Votre enfant vous met-il en difficulté dans la plupart des activités de la vie quotidienne ? ..... oui  non