

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.

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 SIGNALEES

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 ?

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

ANTECEDENTS

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

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	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
Pouvait-il vous faire comprendre ce qu'il voulait en vous regardant, puis en pointant du doigt et du regard vers l'objet ?	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
Pouvait-il faire des jeux de faire semblant : jouer à la dinette, à bricoler, faire le ménage ... ?	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
Pouvait-il s'intéresser à ce que vous lui montriez ?	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
Pouvait-il réagir en comprenant votre mimique de visage ?	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
Pouvait-il se tourner facilement vers vous à l'appel de son prénom ?	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>

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

Était-il intelligible ?	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
Faisait-il des phrases comprenant un sujet, le verbe et un complément ?	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>

CONDITIONS DE VIE

Situation parentale	Parents vivant dans le même foyer	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
	Famille monoparentale	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
	Famille recomposée	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>

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 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

- Evitement 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 ? 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
- 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
- Paraît-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 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 (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 SPHINCTERIEEN

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				
	pas du tout à mon	un peu à mon enfant	modérément à mon enfant	assez à mon enfant	tout à fait à mon enfant
Veuillez entourer dans chaque ligne le chiffre correspondant à la réalisation de votre enfant « comme celle des enfants de son âge »					
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-Kaeser, 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 maladresse 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 ?