



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 ?

ANTECEDENTS

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

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

Problèmes de santé dans la famille :

Activité des parents :

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

Quel trouble de vision? :

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

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
- Si oui à quel moment ou dans quelle circonstance :

HABILETES ET REPERAGE TEMPOREL ET SPATIAL *

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

SOMMEIL, ET CONTROLE SPHINCTERIEU

- 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
- Dort-il bouche ouverte ou ronfle-t-il à longueur d'année ? oui non
- Fait-il régulièrement des pauses respiratoires (apnées) dans son sommeil ? ? oui non
- Arrive-t-il à votre enfant de salir sa culotte (selles) ? oui non

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