

QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT

Nom de l'enfant: _____ Date du jour: _____

(note: le carnet de santé de votre enfant peut vous être utile pour remplir ce questionnaire)

Date de naissance: Jour _____ Mois _____ Année _____

Nom du parent qui complète le questionnaire:

Mère Père Autre : _____

Nom de l'autre parent _____

Adresse: _____

Ville: _____ Code postal _____

Téléphone: domicile (____) _____

travail (____) _____

HISTOIRE FAMILIALE

1. Langue parlée à la maison: _____

2. Langue parlée à l'école: _____

3. Les parents sont: mariés/conjoints de fait divorcés séparés
célibataires monoparental décédés remariés

4. Si les parents sont séparés, divorcés ou monoparental, l'enfant vit:

avec la mère avec le père en garde partagée en famille reconstituée

autre situation : _____

5. L'enfant est-il adopté? Non Oui

6. Est-il en famille d'accueil? Non Oui

7. Avez-vous d'autres enfants? Non Oui

Si oui, inscrivez le nom, le sexe et l'âge:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Questionnaire de développement
HISTOIRE DE LA GROSSESSE ET DE LA NAISSANCE

1. Le médecin /la mère ont-ils noté des problèmes lors: (expliquez)
de la grossesse _____
du travail _____
de l'accouchement _____
2. La grossesse de cet enfant était la:
1^{ière} 2` 3` autre , précisez _____
3. L'enfant est-il né à terme? Oui Non, il est né à (ex: 36 semaines) _____
4. Avez-vous pris:
des médicaments pendant la grossesse? Non Oui, lesquels et pourquoi

5. À la naissance, le bébé avait comme:
Poids _____ Taille _____ APGAR _____
6. Il a présenté des problèmes de: jaunisse Rh anomalies chimiques
autres (décrivez) _____

HISTOIRE MÉDICALE

1. L'enfant a-t-il déjà eu des convulsions ou des crises d'épilepsie: Non Oui
Si oui, quel âge avait-il (année et mois)? _____
2. L'enfant a-t-il déjà perdu connaissance? Non Oui, à quelle(s) occasion(s):

3. L'enfant a-t-il déjà eu un accident? Si oui, qu'est-il arrivé? _____
Quand _____
A-t-il été inconscient (perdu connaissance)? Non Oui
A-t-il eu des maux de tête? Non Oui A-t-il vomi? Non Oui

Questionnaire de développement

4. L'enfant a-t-il déjà subi des opérations? Non Oui, laquelle/lesquelles

Quand _____

5. L'enfant a-t-il eu d'autres maladies graves? Non Oui

Si oui, précisez: _____

6. Y a-t-il un autre membre de la famille qui souffre ou a souffert de: (cochez)

oui degré de parenté avec l'enfant

Convulsions-épilepsie _____

Problèmes affectifs _____

Déficience intellectuelle _____

Difficultés à l'école _____

Maladies du système nerveux _____

si oui, lesquelles? _____

7. L'enfant a-t-il déjà consulté en neurologie? Non Oui

Si oui, quand et pour quelle(s) raison(s):

8. L'enfant a-t-il des problèmes de vision? Non Oui, lesquels: _____

9. L'enfant a-t-il des problèmes auditifs? Non Oui, lesquels: _____

10. L'enfant a-t-il eu plusieurs infections aux oreilles? Non Oui

Fréquence _____

Quand? _____

A-t-il eu des tubes? _____ A-t-il pris des antibiotiques de façon répétées? _____

11. Votre enfant Prend-il de la médication pour un déficit d'attention ? Non Oui

Depuis quand : _____

HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT

1. Comparativement aux autres enfants, **a-t-il présenté des retards de langage dans sa langue maternelle** aux niveaux expressif et de la compréhension?

Si oui précisez :

2. A quel âge a-t-il dit ses premiers mots? _____ ses premières phrases? _____

3. Votre enfant présente-t-il **actuellement** des problèmes de parole, de langage ou d'apprentissage? Si oui, décrivez :

4. Quelqu'un dans la famille présente-t-il des problèmes de parole, de langage ou d'apprentissage? Si oui, décrivez :

5. Comparativement à d'autres enfants, a-t-il présenté des difficultés dans les :

- Habiletés motrices globales (marcher, sauter, faire de la bicyclette...) oui_ non_
- Habiletés motrices fines (boutonner, lacer, dessiner...) oui_ non_
- Habiletés préscolaires : nommer les couleurs, l'alphabet,... oui_ non_

A quel âge a-t-il marché? _____

Quelle main préfère-t-il pour écrire ou dessiner? _____

6. Comparativement à d'autres enfants, a-t-il présenté des difficultés à :

- Rester assis pour écouter la télévision ou une histoire? oui_ non_
- Jouer et socialiser avec les autres enfants? oui_ non_

Questionnaire de développement

7. À quel âge a-t-il complété l'entraînement à la propreté? _____
le jour _____ la nuit _____
Lui arrive-t-il encore de «s'échapper»? Oui Non
8. A-t-il présenté des difficultés alimentaires? Oui Non
9. A-t-il eu des difficultés de séparation lors de départs? Oui Non
Jusqu'à quel âge? _____
10. L'enfant préfère-t-il jouer avec des enfants plus jeunes, plus vieux ou du même âge que lui?

11. L'enfant a-t-il l'occasion de jouer avec des enfants de son âge? Oui Non
12. L'enfant a-t-il déjà suivi une psychothérapie ou d'autres consultations de ce type?
Lesquelles et quand: _____

HISTOIRE SCOLAIRE

1. En quelle année est-il actuellement? _____
Nom de l'école _____
Adresse _____
Ville _____ Code Postal _____
Téléphone (____) ____ - _____
Nom du directeur _____
Nom de son (ses) professeur (s) _____
2. A-t-il déjà recommencé une année? Oui Non
Si oui, laquelle? _____
Pourquoi? _____
3. Avez-vous l'impression que votre enfant présente des troubles d'apprentissage?
 Oui Non. En quelle année ces difficultés ont-elles commencé?
Maternelle 1^{ière} année 2^{ième} année autre niveau, lequel:
Veuillez expliquer: _____

Questionnaire de développement

4. Avez-vous des inquiétudes sur le rendement de votre enfant dans l'un ou l'autre de ces secteurs dans la vie quotidienne:
- attention
 - apprendre de nouvelles connaissances
 - autonomie
 - confiance en soi/estime de soi
 - autre, décrivez: _____
 - mémoire
 - développement social
 - motricité fine
 - motricité globale
5. Avez-vous des inquiétudes sur le rendement de votre enfant dans l'une ou l'autre de ces matières académiques: lecture écriture épellation mathématiques
- autre, décrivez: _____
6. Votre enfant reçoit-il ou a-t-il reçu des services pédagogiques spéciaux: _____ Année _____
- École spéciale _____ Nom: _____
- en lecture: Non Oui, fréquence: _____
- en mathématiques: Non Oui, fréquence: _____
- en orthophonie: Non Oui, fréquence: _____
- difficultés du langage de la parole
- Est-il connu du psychologue scolaire? Non Oui
- Est-il en classe pour troubles d'apprentissage? Non Oui
- Est-il en classe pour troubles du comportement? Non Oui
- Avez-vous des rapports de professionnels (orthophonie, psychologie, optométrie, audiologie...)?
- Non Oui
- Lesquels: _____
7. Au retour de l'école, votre enfant est/a: fatigué
- agité
- maux de tête
- autres _____
8. Vous parle-t-il de ce qu'il fait à l'école? _____ ou plutôt des autres? _____
9. Qui l'aide pour ses devoirs et leçons? _____
10. Combien de temps prend-t-il pour ses devoirs et leçons? _____
- Est-ce une période difficile? Décrivez _____
- _____

Questionnaire de développement

HISTOIRE SOCIALE

1. L'enfant s'entend-il bien avec tous les membres de la famille? Décrivez:

2. L'enfant s'entend-il bien avec les amis de son âge? Décrivez:

3. Avez-vous noté des changements de personnalité qui vous inquiètent? Si oui, décrivez:

Autres informations que vous jugez pertinentes.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Veillez indiquer le cheminement scolaire de votre enfant pour chaque année, en commençant par la prématernelle ou la maternelle, et en signalant aussi chaque année doublée. (S.V.P. bien préciser de quelle classe spéciale il s'agit.)

Classe	Nom de l'école	Commission scolaire	Genre de classe (régulière, TGA, langage, ...)

Votre appréciation de l'enseignante actuelle:

Votre appréciation de l'école actuelle: