

## QUESTIONNAIRE PARENTAL (à remettre avant le bilan demandé)

Remplie le ..... / ..... / .....

Par :  Mère  
 Père  
 Autre, précisez : .....

**NOM et Prénom de l'enfant/ l'adolescent :** .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Age : .....

Sexe : M  F

Ecole fréquentée : .....

Niveau scolaire : .....

### **Vous :**

Mère

NOM : .....

Prénom : .....

Tel. : .....

E-mail : .....

Profession : .....

Père

NOM : .....

Prénom : .....

Tel. : .....

E-mail : .....

Profession : .....

Situation familiale :  Mariés/Pacsés, en concubinage, depuis le : .....

Divorcés / séparés, depuis le : ..... Type de garde (**fournir décision JAF**) : .....

Veuf(ve), depuis le : .....

Autre, précisez : .....

**Adresse principale où réside l'enfant** (en cas de garde partagée précisez les deux adresses) :

Adresse 1 : .....

.....

Adresse 2 : .....

.....

N° de sécurité sociale (auquel votre enfant est affilié): .....

Votre complémentaire santé : .....



**Fratrie :**

| Nom et prénom | Date de naissance | Ecole fréquentée |
|---------------|-------------------|------------------|
|               |                   |                  |
|               |                   |                  |
|               |                   |                  |
|               |                   |                  |

- **QUI A INITIALEMENT SUGGERE DE FAIRE CETTE DEMARCHE DE BILAN** (Vous-même, médecin, enseignant, autre professionnel) ? **POUR QUEL(S) MOTIF(S) ?**
  
- **VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA EFFECTUE UN TEST DE QUOTIENT INTELLECTUEL OU UN BILAN NEUROPSYCHOLOGIQUE ?** Si oui, précisez la date de réalisation. **Merci de joindre une photocopie du compte-rendu du bilan réalisé.**
  
- **VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA FAIT D'AUTRES BILANS OU SUIVIS (ORTHOPHONISTE, PSYCHOMOTRICIEN, PSYCHOLOGUE, RASED ...)** ? Si oui : précisez la spécialité et le nom de chaque professionnel, l'année ou la période des bilans et des suivis. **Merci de joindre une photocopie de chaque compte-rendu**

| Nature du suivi     | Durée de la prise en charge | Nom du professionnel | Précisions importantes |
|---------------------|-----------------------------|----------------------|------------------------|
| Orthophonie         |                             |                      |                        |
| Psychomotricité     |                             |                      |                        |
| Psychologie         |                             |                      |                        |
| Orthoptie           |                             |                      |                        |
| Autres (précisez) : |                             |                      |                        |

- **ANTECEDENTS MEDICAUX IMPORTANTS** (syndrome, pathologie, maladie(s) chronique(s)...) *Précisez si passés ou encore présent(s).*
  
- **VOTRE ENFANT BENEFICIE T-IL D'UN TRAITEMENT MEDICAMENTEUX ? POUR QUEL MOTIF ? QUI EST LE PRESCRIPTEUR ?**

- **ANTECEDENTS FAMILIAUX** : troubles des apprentissages (dys., TDA-H, TSA...), troubles anxieux ou dépressifs, ou autres pathologies à noter dans l'environnement familial (parents, grands-parents, fratrie, cousins, oncles/tantes...) ?

■ **HISTOIRE DE LA NAISSANCE** :

- Grossesse** :  Normale, sans complication.  
 Avec complications, décrivez :

**Accouchement** : À combien de semaine de grossesse ? .....

- Normal, sans complication (naturel, césarienne, précisez : ..... )  
 Avec complications (ex: forceps, ventouse, souffrance fœtale, autres ?), décrivez :

**Poids / Taille / Périmètre crânien** :

■ **HISTOIRE DU DEVELOPPEMENT** :

**AUDITION**

- Normale (Date du dernier examen : ..... )  
 Problèmes connus (ex. surdité, trouble d'audition centrale, intervention chirurgicale),  
Précisez :

**VISION**

- Normale (Date du dernier examen : ..... )  
 Problèmes connus (myopie, strabisme, astigmatisme, fatigue oculaire, intervention chirurgicale),  
Précisez :

Porte-t-il des lunettes ? Si OUI (les avoir pour l'administration des tests) depuis quand ?

**SOMMEIL**

- Normal  
Heure du coucher : ..... Temps d'endormissement moyen : ..... Heure du réveil : .....
- Difficile (fatigue ressenties, difficultés à l'endormissement, réveils nocturnes, cauchemars, bruxisme etc.)  
Précisez ? Depuis quand (difficultés passées ou actuelles) ? Fréquence ?

## APPETIT

Normal

Présente des difficultés (perte/augmentation d'appétit, perte/prise de poids significative, difficultés lors du repas, sélectivité, lenteur etc.) Précisez ? Depuis quand ?

## DEVELOPPEMENT MOTEUR GLOBAL

*Précisez les âges d'acquisition*

- Station assise?
- Quatre pattes ou autre intermédiaire ?
- Premiers pas, marche autonome ?
- Monte/descend marches ? Alternance pieds ?
- Coordination / équilibre (vélo, habillage, attraper une balle...)?
- Pratique d'un sport ? Est-il à l'aise ?

**Avez-vous constaté un retard, une lenteur** par rapport à sa classe d'âge (ex. marche autonome après 18 mois, difficultés pour marcher, courir, se lever ou s'asseoir, maladresse), précisez :

## DEVELOPPEMENT MOTEUR FIN

*Précisez les âges d'acquisition*

- Préhension d'objet, manipulation ?
- Tenue du crayon, stylo ?
- Dessin ? Ecrit ?
- Découpage ?
- Laçage ? Boutonnage ?

**Avez-vous constaté un retard, une lenteur** par rapport à sa classe d'âge (ex. difficulté à tenir un crayon ou à découper après l'âge de 4 ans, difficultés à accomplir les gestes fins, retard dans l'acquisition de l'écriture, calligraphie illisible, autres), précisez :

### **Préférence manuelle :**

Droite

Gauche

Pas de préférence, utilise les deux.

## LANGAGE RECEPTIF (Compréhension orale)

*Par rapport à son âge*

- Répond à son prénom ?
- Répond aux gestes type « au revoir » ou « coucou » ?
- Comprend le « non » ? Mots isolés ?
- Comprend consignes simples ?
- Comprend consignes complexes (plus de 2 étapes) ?

**Avez vous constaté un retard, une lenteur, difficultés,** par rapport à sa classe d'âge, précisez :

## LANGAGE EXPRESSIF (Expression orale)

*Précisez les âges d'acquisition*

- Regard ? Intérêt pour l'autre ?
- Premiers mots ?
- Premières phrases ?
- Tient une conversation ? Précisez durée moyenne :
- Gestuelle pour compenser parole ?

**Avez vous constaté un retard, une lenteur, difficultés,** par rapport à sa classe d'âge, précisez :

## APPRENTISSAGE DE LA PROPRETE

*Précisez les âges d'acquisition*

- Propreté diurne ?
- Propreté nocturne ?
- Autonomie aux toilettes ? (urine et selles)
- Hygiène corporelle ? (guidance partielle ou totale, autonome)

**Avez vous constaté un retard, des difficultés** (énurésie, encoprésie...), par rapport à sa classe d'âge, précisez :

## TEMPERAMENT ET COMPORTEMENT (ex. facile, colérique, lent, agité, dans la lune...)

- Comment le décririez-vous dans la première enfance ? Aujourd'hui ?
  
- **Quelles forces**, qualités a votre enfant ?
  
- **Comment votre enfant s'adapte-t-il aux changements ?** (ex. d'école, de routine à la maison,...)  
Est-il flexible, à l'aise, enjoué, plutôt rigide, tendu, anxieux, irritable, etc. ?
  
- **Votre enfant a-t-il des comportements atypiques** tels que secouer les mains quand il est content, aligner des objets en file indienne, regarder des objets en rotation, compter ou vérifier souvent des choses, parler un langage imaginaire, avoir des peurs bizarres, ressentir des sensibilités particulières, autres ?
  
- Quels sont les **goûts et activités** de votre enfant à la maison et/ou à l'extérieur ?
  
- **Imagine t-il des histoires dans ses jeux ? joue t-il en autonomie ? jeux variés ou répétitifs ?**

## FONCTIONNEMENT SOCIAL ET RELATIONNEL

- Comportement avec des **inconnus** ?
  
- Comportement avec des **personnes familières** ?
  
- **Relations amicales, amoureuses ?** (partage t-il des jeux, conversations ... avec des pairs)
  
- Montre t-il de l'empathie, **un répertoire émotionnel** adapté ?

## APPRENTISSAGES ET PARCOURS SCOLAIRE

- Crèche ? Jardin d'enfant ? Garderie ? (précisez l'âge de la 1<sup>ère</sup> intégration)
  
- **Rapport aux apprentissages scolaires**  
**Quels types de difficultés (cochez LA/LES mention(s)) ?**
  - Difficultés de **compréhension générale** de la matière (précisez laquelle : ..... )
  - Difficultés de **compréhension des consignes**
  - Difficultés de **réalisation des exercices**
  - Difficultés pour **mémoriser à long terme**
  - Difficultés d'apprentissage (leçon, poème, chanson, etc.)
  - Difficultés de **restitution des connaissances**
  - Difficultés de **compréhension des attentes de l'adulte** par rapport aux apprentissages
  - Difficultés au niveau du **graphisme**
  - Difficultés de **concentration**
  - Lenteur**
  - A du mal à **finir ses exercices** à temps
  - Difficultés en **lecture** (déchiffrage)
  - Difficultés pour **comprendre le sens du texte lu**
  - Difficultés à **rester assis** sur sa chaise (gigote)
  - Difficultés pour **attendre son tour**
  - Difficultés pour comprendre quand on s'adresse à lui en classe
  - Difficultés à **accepter de ne pas toujours être interrogé** par l'enseignant
  - Peur de l'échec**
  - Autres difficultés (précisez) : .....
  
- Votre enfant **aime-t-il aller à l'école** ? Si non, verbalise t-il une angoisse particulière, un ressenti, etc. ?
  
  
- A-t-il des matière(s) préférée(s) ?
  
  
- **Relation avec l'/ les enseignant(s) ?**

## REPERAGE DANS L'ESPACE / ORGANISATION SPATIALE

- votre enfant comprend-t-il **les notions spatiales de base** (dessus-dessous-devant-derrrière) ?
- Se repère-t-il facilement dans des **espaces familiers** (maison, école, collège...) ?
- A-t-il tendance à **se perdre, se cogner, à avoir des difficultés en sports collectifs** ?

## ORGANISATION ET PLANIFICATION

- Votre enfant à **du mal à s'organiser** ? faire les choses dans le **bon ordre, prévoir à l'avance, respecter ce qu'on lui demande** de faire au moment où on lui demande, etc.
- Comment gère-t-il **son matériel scolaire** ?

## LES ECRANS

- **Temps consacré aux écrans** (TV, tablette, téléphone, ordinateur) / jour (ou par semaine) ?.....
- Quels **types de médias** (jeux vidéos, recherches académiques, réseaux sociaux, divertissements etc.) ?

## TRAUMAS, STRESS MAJEURS

**Si OUI** : À quel âge ? Durée ? .....

Mon enfant en a vécu la **perte ou séparation** d'un être cher, **abus** sexuel, abus physique, abus émotionnel, **violences** au sein de la famille, négligence, **stress familial** extrême, problèmes financiers / pauvreté, dénutrition, autres, précisez :

## DIFFICULTES EDUCATIVES RENCONTREE PAR LA FAMILLE :

- Difficultés éducatives **dans ses devoirs** :
  
- Difficultés éducatives dans **son autonomie personnelle** (hygiène, propreté, habillement...) :
  
- Difficultés éducatives dans **les tâches (corvées)** qui lui sont demandées à la maison (lesquelles ?) :

### Obéissances et règles de vie familiales :

- Votre enfant a-t-il du mal à **suivre ses règles** ?
- Votre enfant a-t-il du mal à **les automatiser** ?
- Votre enfant a-t-il du mal à **les comprendre** ?
- Votre enfant a-t-il du mal à **les respecter (opposition)** ?
  
- Quelles sont les **règles principales à la maison** ?
  
  
- Quelles sont **les règles que votre enfant ne parvient pas à respecter** malgré qu'on lui répète depuis longtemps ?

## ■ **LIEN PARTENAIRESEXTERIEURS**

Dans le cadre du parcours de soins de votre enfant, nous sommes susceptibles de nous mettre en lien avec ses partenaires éducatifs (école, éducateur), médico-sociaux (IME, CAMSP, ITEP...), médicaux (généraliste, spécialistes, CMP, hôpital de jour ...), libéraux (orthophoniste, psychomotricien...) ou encore associatifs.

Pour ce faire, votre accord est indispensable, dans le respect de vos droits et la protection des informations concernant votre enfant. Nous sommes soumis au secret professionnel ainsi qu'au secret partagé, dans le strict intérêt de l'accompagnement donné à votre enfant.

### **Vous autorisez ce lien avec :**

- L'école :  OUI     NON. Si oui, précisez le NOM de l'enseignant principal, du référent RASED (s'il en bénéficie), ou autre professionnel relié à l'école de votre enfant : .....
- Médecin traitant :  OUI     NON. Si oui, précisez son NOM : .....
- Médecin(s) spécialisé(s) :  OUI     NON.  
Si oui, précisez le/les NOM(s) : .....
- Paramédicaux ou autres professionnels en cabinet privée  OUI     NON.  
Si oui, précisez le/les NOM(s) : .....
- Educateur référent (association, médico-social, social...) :  OUI     NON.  
Si oui, précisez son NOM et l'organisme auquel il appartient : .....

*Je reconnais exactes les informations concernant mon enfant et autorise l'administration du bilan demandé et éventuellement, du suivi thérapeutique ou rééducatif proposé.*

**Signature du / des représentants légaux de votre enfant**