

# QUESTIONNAIRE PARENTAL (à remettre lors de votre 1<sup>er</sup> RDV)

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 : .....      Nom de l'enseignant / professeur principal : .....

## **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 SOIN ?** Vous-même, médecin, enseignant, autre professionnel ?

■ **QUELLE EST LA DEMANDE ?** (Vous pouvez cocher plusieurs difficultés) :

Bilan cognitif, psycho-affectif (intellectuel, de personnalité, aptitudes spécifiques, d'orientation etc.)  
Précisez qui le demande ? Dans quel(s) objectif(s) ?

Difficultés d'attention, de concentration, précisez, depuis quand ? Dans quel(s) contexte(s) ?

Agitation, hyperactivité, précisez depuis quand ? Dans quel(s) contexte(s) ?

Difficulté à se contrôler, se retenir, grande impulsivité (émotion, comportement, parole), précisez depuis quand ? Dans quel(s) contexte(s) ?

Manque d'autonomie, difficulté d'organisation, de planification, de mise en action (ex. semble tourner en rond sans savoir quoi faire ou par où commencer, désordonné, ne s'occupe pas seul, résiste aux changements, réagit excessivement à des problèmes mineurs etc.), précisez depuis quand ? Dans quel(s) contexte(s) ?

Difficulté(s) d'apprentissage, précisez depuis quand ? Dans quelle(s) domaine(s)/ matière(s) ?  
A-t-il bénéficié de séances d'orthophonie ? Si OUI, précifiez (en quelle année, à quelle fréquence) :

- Difficultés de comportement, opposition, contestation, provocation, etc. Précisez depuis quand ? Dans quel(s) contexte(s), à la maison, à l'école ?
  
- Tics, mouvements musculaires involontaires : Verbal (ex. Sons, raclement de gorge, vocalisation) ? Moteurs (ex. Gestes, mouvements) ? Précisez depuis quand ? Fréquence ?
  
- Anxiété, peurs, craintes, inquiétudes, cauchemars, précisez depuis quand ? Dans quel(s) contexte(s) ?
  
- Difficultés sociales, relationnelles (ex. ne joue pas avec les enfants de son âge, évite le regard de l'autre, se repli, etc.) , précisez depuis quand ? dans quel(s) contexte(s), à la maison, à l'école, à l'extérieur ?
  
- Difficultés liées à l'humeur : Irritabilité ? Tristesse ? Pleurs ? Perte d'intérêt ? Humeur variable, changeante Précisez depuis quand ? Dans quel(s) contexte(s) ? La fréquence ?
  
- Particularités sensorielles (tolérance au bruit, aux odeurs, au toucher, à certaines textures d'aliments ou de vêtements), précisez laquelle / lesquelles ? Depuis quand ?
  
- Difficultés de motricité globale (marche, course, maladresse), précisez ? Depuis quand ?
  
- Difficultés de motricité fine (écriture, utilisation des ustensiles, des ciseaux, dextérité, boutonner, lacer, etc.) Précisez ? Depuis quand ?

Difficultés de langage (compréhension orale, expression verbale, fluidité de la parole, non-verbal etc.), précisez ? Depuis quand ? A-t-il bénéficié de séances d'orthophonie ? Si OUI, précisez (en quelle année, à quelle fréquence) :

Autres, précisez :

■ **QUELLES SONT VOS ATTENTES VIS-A-VIS DU SUIVI PSYCHOLOGIQUE ?**

.....

.....

.....