

Nom du médecin
Nom de l'enfant :

Date de l'examen :
Date de naissance

Questionnaire parental / enfant fin de CP

Questionnaire rempli par : le père la mère les deux autre précisez : _____

ANTECEDENTS

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

1) Age de la marche : _____ mois

2) Traitements en cours : _____ oui non

Préciser _____

3) Antécédents d'hospitalisations et/ou de problèmes de santé _____ oui non

Si oui détailler : _____

4) Votre enfant a-t-il eu des difficultés de langage _____ oui non

A-t-il déjà été rééduqué(e) par une orthophoniste _____ oui non

5) Dyslexie, ou autre problème scolaire dans la famille _____ oui non

Préciser _____

CONDITIONS DE VIE

Situation parentale Parents vivant dans le même foyer _____ oui non

Famille monoparentale _____ oui non

Famille recomposée _____ oui non

6) Evénements familiaux _____ oui non

Si oui le(s)quel(s) :

7) Composition de la famille (nombre d'enfants et adultes présents à la maison)

Préciser _____

Activité du père : _____

Activité de la mère : _____

8) ALIMENTATION

Votre enfant :

Mange-t-il entre les repas (grignotage) ? _____ oui non

Faut-il le forcer ou le freiner pour manger ? _____ oui non

Se brosse-t-il les dents au moins deux fois par jour ? _____ oui non

9) SOMMEIL

Votre enfant

Dort-il dans le lit des parents une partie de la nuit ? _____ oui non

Prend-il un biberon la nuit ? _____ oui non

Ronfle-t-il régulièrement en dormant ? _____ oui non

A-t-il des problèmes de sommeil (s'endort difficilement, se réveille trop tôt, ou se réveille la nuit) ?
oui non

heure du coucher _ | _ | H | _ | _ |

10) AUTONOMIE ET HABILITE

Votre enfant

Aime-t-il dessiner ? _____ oui non

Est-il à l'aise avec l'utilisation de la fourchette et du couteau pour manger _____ oui non

Sait-il s'habiller seul ? _____ oui non

Est-il à l'aise avec les puzzles et les activités de construction ? _____ oui non

Est-il attiré par les activités manuelles (bricolage, gommettes, pâte à modeler) ? _____ oui non

L'enseignant se plaint-il de sa lenteur ? _____ oui non

Diriez-vous que votre enfant est maladroit _____ oui non

Nom du médecin
Nom de l'enfant :

Date de l'examen :
Date de naissance

11) CONTROLE SPHINCTERIE

Votre enfant :

- Est-il propre de nuit ? oui non
A-t-il des accidents dans la journée (slip taché ? gouttes ?...) oui non
A-t-il des problèmes d'évacuation intestinale (selles molles, irrégulières, constipation) oui non

Police et numérotation

12) ORIENTATION TEMPORO-SPATIALE

Votre enfant :

- Connait-il la droite et la gauche sur lui-même ? oui non
Connait-il les jours de la semaine ? oui non

13) COMPORTEMENT

Votre enfant :

- Bouge-t-il tout le temps ? oui non
Se met-il souvent en danger (risques inconsidérés) ? oui non
Se met-il en colère à la moindre contrariété ou est-il bagarreur ? oui non
Se montre-t-il le plus souvent étourdi (oublie, perd ses affaires personnelles) ? oui non
Se montre-t-il opposant pour les règles de la vie quotidienne à la maison et à l'école? oui non
Peut-il attendre son tour quand il joue ou pour parler ? oui non
Peut-il mener jusqu'à son terme une activité prolongée ? oui non

14) VIE AFFECTIVE

Votre enfant :

- Est-il souvent angoissé ? oui non
Exprime-t-il de la tristesse ? oui non
Si oui est-ce la plupart du temps ? oui non
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 (Grands-parents, amis, famille ...) oui non
Lui arrive-t-il souvent de ne pas avoir envie de jouer (il faut le pousser sans arrêt) ? oui non
Se dévalorise-t-il (« je n'y arriverai pas je suis nul »....) ? oui non
Si oui est-ce la plupart du temps ? oui non

15) VIE RELATIONNELLE

Votre enfant :

- 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 ? oui non
Est-il très timide voire renfermé ? oui non
Parait-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

16) AUDITION

- 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
Comprend-il tout ? oui non

17) VISION

- Trouble de la vision déjà détecté ou suivi ophtalmologique en cours ? oui non

18) DIFFICULTE SIGNALEE A L'ECOLE ? OUI NON

Si oui laquelle _____

Nom du médecin
Nom de l'enfant :

Date de l'examen :
Date de naissance

A-t-il une aide dans le cadre de l'école ?

19) Est-il suivi par un , un CMPP, un CMP, un psychologue de ville ? ----- oui non

Si oui, pour quelle raison ? _____

20) VOTRE ENFANT VOUS MET-IL EN DIFFICULTE DANS LA PLUPART DES ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE ?
----- OU NON