

## QUESTIONNAIRE PARENTAL

**Nom de l'Enfant :** .....

**Prénoms :** .....

**Adresse :** .....  
.....

**Téléphone :** Mère : ..... Père : .....

**Profession des parents :** Mère : ...../Père : .....

**Par qui êtes vous adressés ? :**

**Préciser :** .....

**Merci de bien vouloir préciser ses coordonnées :** .....

Les frères et sœurs :

| Prénom | Date de naissance | Difficultés scolaires ? |
|--------|-------------------|-------------------------|
|        |                   |                         |
|        |                   |                         |
|        |                   |                         |
|        |                   |                         |
|        |                   |                         |
|        |                   |                         |

Un des deux parents a-t-il présenté des difficultés semblables à celles de l'enfant ?

- |        |                              |                              |
|--------|------------------------------|------------------------------|
| - Père | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Mère | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

**Quelles difficultés ?** .....

**Votre enfant est-il :**

|            |                          |
|------------|--------------------------|
| ● droitier | <input type="checkbox"/> |
| ● gaucher  | <input type="checkbox"/> |

**Langues parlées :** .....

## LES ANTECEDENTS DE VOTRE ENFANT

### La grossesse

Votre grossesse a-t-elle été normale ? Oui ☐ Non ☐

### L'accouchement

L'accouchement a-t-il été normal ? Oui ☐ Non ☐

Prématuré ☐ (en semaine) .....

Si Oui,

durée d'hospitalisation en néonate : .....

Après terme ☐ (en jour) .....

Complication post natale ? : .....

Suivi : CAMSP ☐ Réseau Naitre et Devenir ☐

Spontané : Oui ☐ Non ☐

Césarienne : Oui ☐ Non ☐

Quel était son poids à la naissance ?.....

### Santé

A-t-il eu des problèmes de santé ?

Entre la naissance et la Maternelle : Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels : .....

Entre la Maternelle et le CP ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels.....

A-t-il déjà été hospitalisé ? Oui ☐ Non ☐

A-t-il eu des problèmes ORL ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels et à quel âge ?.....

## DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT

### Motricité et mouvements

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| A-t-il eu un retard de développement avant ses 9 mois :<br>(Sourire – réponse, position assise, .....) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| A-t-il eu des difficultés d'alimentation ou de sommeil ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <u>Âge :</u>   |                              |                              |
| des premiers pas : .....   |                              |                              |
| Jouer à faire semblant : .....   |                              |                              |
| Montrer du doigt : .....   |                              |                              |
| l'apprentissage du vélo : .....  |                              |                              |
| L'apprentissage de la nage : .....   |                              |                              |
| Manger tout seul : .....   |                              |                              |
| Est-ce que votre enfant sait s'habiller seul ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que votre enfant sait faire ses lacets ?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Votre enfant a-t-il des comportements répétitifs comme se balancer ou répéter sans cesse un geste ?    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Aime-t-il les jeux de balle ?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Aime-t-il les sports collectifs ?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

### Parole et langage

Par rapport aux autres enfants, quand il est rentré à la maternelle, parlait-il :  
Mieux ☐      Aussi bien ☐      Moins bien ☐

Avait-il des difficultés à se faire comprendre :    À la maison ☐      À l'école ☐

Dans ses questions, fait-il preuve d'une curiosité, d'une intelligence en avance sur son âge ?      Oui ☐      Non ☐

A-t-il des thèmes de prédilection (p.e. Dinosaures, Voitures, Planètes, ..) ?      Oui ☐      Non ☐

S'il a eu des troubles du langage, a-t-il eu des problèmes d'audition ?      Oui ☐      Non ☐

A quel âge ?.....

A-t-il eu un audiogramme ?      Oui ☐      Non ☐

Résultat : .....

Votre enfant porte-t-il des lunettes ?      Oui ☐      Non ☐

Si oui,  
pourquoi ?.....

Avez-vous parfois l'impression :

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Qu'il ne comprend pas tout ce que vous lui dites ?         | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Qu'il ne comprend pas bien les histoires qu'on lui lit ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Qu'il ne comprend pas les dessins animés à la télévision ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Ces difficultés ont-elles nécessité une rééducation orthophonique ?    Oui ☐      Non ☐

Date de début : ..... / ..... / ..... Date de fin : ..... / ..... / .....

Nombres de séances par semaines : .....

Pensez-vous qu'elle a été : Très efficace ☐ Partiellement efficace ☐

A-t-il régressé du point de vue du langage après l'avoir acquis normalement ?

Oui ☐

Non ☐

## LA MATERNELLE

A quel âge est-il rentré à la maternelle ? .....ans.....

Vous a-t-on signalé des difficultés ?

Oui ☐

Non ☐

Si oui, lesquelles : .....

La tenue du crayon a été acquise : Facilement ☐

Difficilement ☐

Votre enfant aime-t-il :

- Dessiner

Oui ☐

Non ☐

- Ecrire

Oui ☐

Non ☐

- Faire des puzzles

Oui ☐

Non ☐

L'apprentissage des lettres et écrire son nom a été :

Facile ☐

Difficile ☐

## COURS PREPARATOIRE - CP

A-t-il manifesté des difficultés dans l'acquisition de la lecture ?

Oui ☐

Non ☐

En fin de CP, la lecture était :

Acquise ☐

Non acquise ☐

Votre enfant aime-t-il lire ?

Oui ☐

Non ☐

A-t-il eu des difficultés pour l'apprentissage des nombres et le calcul ?

Oui ☐

Non ☐

## HABILETES SOCIALES

Votre enfant a-t-il des copains

Oui ☐

Non ☐

Votre enfant est-il invité aux anniversaires ?

Oui ☐

Non ☐

Votre enfant est-il capable de reconnaître et comprendre les sentiments et émotions d'une personne ?

Oui ☐

Non ☐

Votre enfant est-il capable de comprendre les intentions d'autrui ?

Oui ☐

Non ☐

Votre enfant est-il focalisé sur un sujet particulier ou inhabituel ?

Oui ☐

Non ☐

## ACTUELLEMENT

Classe actuelle de votre enfant : ..... / Classe(s) redoublée(s) : .....

Classe(s) sautée (s) : .....

Aime-t-il aller à l'école ?

Oui ☐

Non ☐

A-t-il des matières préférées ?

Oui ☐

Non ☐

Lesquelles .....

Bénéficie-t-il de : PAP ☐

PPS ☐

PPRE ☐

AESH ☐

ULIS ☐

SESSAD ☐ Matériel Informatique ☐

En classe :

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Il participe activement  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Il a du mal à se concentrer  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Il a tendance à perturber les cours  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Il a des difficultés à comprendre ce qu'il lit   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Il a des difficultés à comprendre les consignes écrites  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Il a des difficultés à se faire comprendre lorsqu'il raconte un événement ou un film                                 | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Il manque de vocabulaire ou ne trouve pas ses mots   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Il a des difficultés pour apprendre : comprendre les règles de grammaire (présent, futur, passé) et les conjugaisons | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

**Notez de 1 (pas de trouble) à 5 (beaucoup de troubles) les difficultés persistant actuellement pendant les devoirs à la maison :**

- Langage (expression/compréhension) : .....
  - Lecture (fluidité, hésitation, compréhension) : .....
  - Ecriture (rapidité, lisibilité) : .....
  - Orthographe : .....
  - Calcul : .....
  - Géométrie : .....
  - Mémoire : .....
  - Attention : .....
  - Comportement : .....
  - Il a des difficultés pour apprendre par cœur (Multiplications, Poésies)
  - Il a des difficultés pour apprendre ce qui a du sens (Histoire-Géo, SVT)
  - Il a des difficultés pour garder en mémoire ce qu'il a appris la veille
  - Il a une bonne mémoire des événements, même lointains, et reconnaît les personnes, les lieux qu'il a vu il y a longtemps
- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

A la maison :

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Il est turbulent   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Il a du mal à rester concentré sur ses devoirs   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Il a du mal à rester en place plus de quelques minutes pour des jeux ou devant la télévision : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Utilise-t-il un ordinateur ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Combien de temps en moyenne, votre enfant passe de temps par jour devant un écran ?  
(Télévision, ordinateur, console et jeux vidéo, smartphone, ...) :

.....  
A quel moment de la journée ? .....  
Avant de partir à l'école ? .....  
En rentrant de l'école ? .....  
Avant d'aller se coucher ? .....  
Pendant le week-end ? .....  
Y a t il une TV dans sa chambre ? .....

Pour les jeux vidéos, joue t il en réseau ? .....  
Depuis qu'il joue aux jeux vidéo son comportement a t il changé ? (Plus agressif, plus renfermés, moins de discussion avec l'entourage, se met en colère s'il en est privé, ..) :  
.....

Accepte-t-il facilement d'arrêter de jouer ?  
.....

Depuis combien de temps joue t il régulièrement aux jeux vidéo ?  
.....

A-t-il des activités extrascolaires : (sports, musique, théâtre,...) Oui ☐ Non ☐  
Lesquelles : .....

A quels jeux joue votre enfant l'intérieur ? : .....  
À l'extérieur ? .....

A-t-il des problèmes alimentaires ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels ? .....

A-t-il des troubles du sommeil ? Oui ☐ Non ☐  
Dort il seul ? Oui ☐ Non ☐

A-t-il des troubles de la propreté ? Oui ☐ Non ☐

A quel âge a-t-il été propre le jour ? .....  
La nuit ? .....

## ORGANISATION TEMPORELLE

Votre enfant rencontre-t-il aujourd'hui ou a-t-il rencontré des difficultés pour se repérer dans le temps ?

(Estimez l'intensité des difficultés et cochez la case correspondante sur l'échelle d'appréciation)

|   | JAMAIS | RAREMENT | PARFOIS | SOUVENT | TRES<br>SOUVENT |
|---|--------|----------|---------|---------|-----------------|
| Il se souvient difficilement des : jours / mois / années que nous sommes.   |        |          |         |         |                 |
| Il confond les moments de la journée : matin / après- midi /soirée.   |        |          |         |         |                 |
| Un événement qui est survenu le matin, il peut le placer la veille.   |        |          |         |         |                 |
| Pour un événement qui est survenu il y a quelques jours, il peut dire : « il y a très longtemps... »  |        |          |         |         |                 |
| Il lui est difficile de comprendre les relations existantes entre les membres de la famille.  |        |          |         |         |                 |
| Il a du mal à comprendre les notions suivantes :<br>hier, demain ou après-demain.   |        |          |         |         |                 |
| Il a des difficultés à lire l'heure sur un cadran.  |        |          |         |         |                 |
| Il se trompe lorsqu'il doit évaluer une durée, par exemple la durée d'un film, d'une activité,....  |        |          |         |         |                 |
| Vous avez besoin de lui donner des indices pour qu'il se repère dans une semaine (dimanche : repos, lundi : école, mercredi : activités extrascolaires,.....) |        |          |         |         |                 |

Votre enfant est-il suivi par un :

**Orthophoniste ?**

Oui ☐

Non ☐

**Orthoptiste ?**

Oui ☐

Non ☐

**Psychomotricien ?**

Oui ☐

Non ☐

**Ergothérapeute ?**

Oui ☐

Non ☐

**Neuropsychologue ?**

Oui ☐

Non ☐

**Psychologue ?**

Oui ☐

Non ☐

**Tout autre Médecin ?**

Oui ☐

Non ☐

Les suivis se font ils en :

**CMP**

Oui ☐

Non ☐

**CAMPS**

Oui ☐

Non ☐

**CMPP**

Oui ☐

Non ☐

**SESSAD**

Oui ☐

Non ☐

Votre enfant a-t-il déjà eu un test de quotient intellectuel (**QI**) ? : Oui ☐

Non ☐

Votre enfant a-t-il un dossier MDPH ?

**Si oui, résultats ou compte-rendu à joindre impérativement à ce questionnaire.**

***Si vous souhaitez apporter d'autres précisions, n'hésitez pas à le faire ici :***.....

.....

.....

.....