



Parlez-nous de votre enfant
FORMULAIRE À REMPLIR ET À RETOURNER À L'ÉCOLE

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____
Jour / mois / année

Quelles langues sont parlées à la maison? Français Anglais Autre : _____

Votre enfant habite avec ses deux parents sa mère son père Autre : _____

Votre enfant a ____ sœur (s) et ____ frère (s). Son rang dans la famille est _____.

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté un CPE, une garderie familiale ou une école? Oui Non
Lequel? _____ À partir de quel âge? _____ Combien de jours par semaine? _____

Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde de l'école? Oui Non

Votre enfant présente-t-il un problème de santé (allergie, asthme, incontinence, etc.) ? Oui Non
Si oui, précisez : _____

Votre enfant est autonome et peut s'essuyer seul aux toilettes? Oui Non
Si oui, précisez : _____

Votre enfant prend-il des médicaments de façon régulière? Oui Non
Si oui, précisez : _____

Votre enfant a-t-il eu un accident ou une maladie avec hospitalisation? Oui Non
Si oui, précisez : _____

Un membre de votre famille a-t-il eu des difficultés d'apprentissage? Oui Non
Si oui, précisez : _____

LANGAGE	OUI	parfois	NON	PRÉCISIONS
Parle à l'adulte.				
Parle à d'autres enfants.				
Écoute la personne qui parle.				
Comprend bien ce qu'on lui dit.				
Prononce correctement les mots.				
Dit des phrases courtes sans omettre des mots.				
S'exprime de façon à être compris par les autres.				
Se fait comprendre par un adulte (autre que papa, maman) lorsqu'il parle				
Comprend et s'exprime bien dans une autre langue que le français.				Langue maternelle :
SOCIALISATION	OUI	parfois	NON	PRÉCISIONS
Quitte facilement ses parents.				
Est confiant(e) et se sent sûr(e) dans une situation nouvelle (contrairement à un enfant qui pleure, fait des crises ou s'isole).				
Est calme et poli(e) (ne démontre pas d'agressivité dans ses mots ou gestes).				
Respecte les règles établies.				
Partage ses jeux avec les autres enfants.				
ATTITUDES ET COMPORTEMENTS	OUI	parfois	NON	PRÉCISIONS
Écoute une histoire en restant calme.				
Est capable d'attendre son tour.				
Présente un grand besoin de bouger.				
Joue seul(e) pendant un long moment lorsque vous êtes occupés.				
Répond rapidement à une demande de votre part (venir souper, ranger, prendre son bain, s'habiller...).				
Reste assis(e) pendant les repas.				
MOTRICITÉ	OUI	parfois	NON	PRÉCISIONS
Bouge avec aisance et souplesse.				
Manipule adéquatement des objets (ciseaux, crayons, colle, etc.).				
Est autonome (s'habiller, se moucher, aller à la toilette, etc.).				
AUDITION ET VISION	OUI	parfois	NON	PRÉCISIONS
Entend bien.				
Voit bien.				
Porte des lunettes				

Votre enfant a-t-il déjà été vu par un optométriste?

Oui Non Date du dernier examen : _____

Par un audiologiste?

Oui Non Date du dernier examen : _____

Par un dentiste?

Oui Non Date du dernier examen : _____

Votre enfant a-t-il déjà reçu des services d'un spécialiste de la santé? Oui Non

Si oui, lequel? orthophoniste audiologiste travailleur social physiothérapeute
 ergothérapeute psychologue psychoéducateur autre(s) : _____
 pédopsychiatre

Si oui, le suivi de votre enfant est-il terminé?

Oui Non

Y a-t-il d'autres informations sur votre enfant que vous jugez important de fournir?
