



Questionnaire parental préalable à la consultation

Afin de mieux cerner votre demande, et de préparer la consultation, je vous propose une aide pour rassembler des informations utiles pour analyser votre demande, le développement de votre enfant, les étapes de sa scolarité, les difficultés éventuellement rencontrées, et les bilans déjà réalisés.

Bien entendu, nous reprendrons tous ces éléments ensemble et les préciserons.

Nom et prénom de l'enfant :

Classe :

Questionnaire rempli par : le père ☐ la mère ☐ les deux ☐ Autre (préciser) :

Date de la consultation : ____ / ____ / 20__

Date de naissance : ____ / ____ / 20__

Qui vous adresse ?

Pour quelle raison ?

ANTÉCÉDENTS

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

Age de tenue assis stable sans aide : _____ mois Age de la marche sans aide : _____ mois
Traitements en cours : _____ oui ☐ non ☐

Précisez :

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

Si oui détaillez :

Votre enfant a-t-il (eu) des difficultés de langage ? _____ oui ☐ non ☐

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

Connaissez-vous des antécédents de dyslexie, ou autre problème scolaire dans la famille ? _____ oui ☐ non ☐

Précisez :

Avant ou à deux ans :

Votre enfant pouvait-il associer deux mots : « papa pati », « veux gato », « pas dodo »... ? _____ non ☐ oui ☐

Pouvait-il vous faire comprendre ce qu'il voulait en vous regardant, puis en pointant du doigt et du regard vers l'objet ? _____ non ☐ oui ☐

Pouvait-il faire des jeux de faire semblant : jouer à la dinette, à bricoler, faire le ménage ... ? _____ non ☐ oui ☐

Pouvait-il s'intéresser à ce que vous lui montriez ? _____ non ☐ oui ☐

Pouvait-il réagir en comprenant votre mimique de visage ? _____ non ☐ oui ☐

CONDITIONS DE VIE

Situation parentale Parents vivant dans le même foyer _____ non ☐ oui ☐

Famille monoparentale _____ oui ☐ non ☐

Famille recomposée _____ oui ☐ non ☐

Événements familiaux _____ oui ☐ non ☐

Si oui le(s)quel(s) :

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

Précisez :

Problèmes de santé dans la famille :

Activité des parents :

HABILETÉS ET REPÉRAGE TEMPOREL ET SPATIAL

Vous paraît-il maladroit ? _____ oui ☐ non ☐

A-t-il des difficultés pour courir (lourd, pataud, trébuché fréquemment) ? _____ oui ☐ non ☐

A-t-il des difficultés dans les activités motrices (marelle, corde à sauter) ? _____ oui ☐ non ☐

Sait-il faire du vélo sans petite roue ? _____ oui ☐ non ☐ Depuis quel âge ? : _____ ans

A-t-il des difficultés pour certains sports (individuels, collectifs) ? _____ oui ☐ non ☐

A-t-il des difficultés pour s'habiller ? _____ oui ☐ non ☐

A-t-il des problèmes pour organiser ses affaires d'école ? _____ oui ☐ non ☐

Est-il à l'aise avec l'utilisation des couverts pour manger ? _____ non ☐ oui ☐

Est-il à l'aise dans l'utilisation des outils scolaires (ciseaux, règle, compas) ? _____ non ☐ oui ☐

Aime-t-il dessiner ? _____ non ☐ oui ☐

Écrit-il mal ou lentement ? _____ oui ☐ non ☐

Est-il à l'aise avec les puzzles et les activités de construction (Legos, Kaplas) ? _____ non ☐ oui ☐

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

Est-il lent dans les gestes de la vie quotidienne (habillage, alimentation, dessin) ? _____ oui ☐ non ☐

Connaît-il la droite et la gauche sur autrui ? _____ non ☐ oui ☐

Se repère-t-il dans les jours de la semaine ? _____ non ☐ oui ☐

Les difficultés éventuelles signalées dans les questions précédentes

- retentissent-elles dans la vie quotidienne à la maison ? _____ oui ☐ non ☐

- retentissent-elles à l'école ? _____ oui ☐ non ☐

De quelle façon :

SOMMEIL, ET CONTRÔLE SPHINCTÉRIEN

A-t-il des problèmes de sommeil (s'endort difficilement, se réveille trop tôt, pendant la nuit) ? oui ☐ non ☐
Dort-il dans le lit des parents une partie de la nuit ? oui ☐ non ☐
Arrive-t-il à votre enfant de salir sa culotte (selles) ? oui ☐ non ☐

COMPORTEMENT

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

VIE AFFECTIVE ET ÉMOTIONNELLE

Est-il souvent angoissé ? oui ☐ non ☐
Exprime-t-il de la tristesse ? oui ☐ non ☐
Si oui à quel moment ou la plupart du temps :
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 ? oui ☐ non ☐
(Grands-parents, amis, famille ...)
N'a pas envie de jouer (il faut le pousser sans arrêt) ? oui ☐ non ☐
Se dévalorise (je n'y arriverai pas je suis nul) ? oui ☐ non ☐
Si oui à quel moment ou dans quelle circonstance :

VIE RELATIONNELLE

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 ? non ☐ oui ☐
Est-il très timide voir renfermé ? oui ☐ non ☐
Votre enfant est-il fasciné par un sujet particulier ou inhabituel dont il est devenu « expert » ? oui ☐ non ☐
Est-il contrarié à l'excès par des changements dans sa routine ou ses habitudes ? oui ☐ non ☐
Vous paraît-il avoir le sens de l'humour comme des enfants de son âge ? non ☐ oui ☐
Vous semble-t-il comprendre le langage figuré, les expressions au second degré ? non ☐ oui ☐
Peut-il dire des petits mensonges dans la vie quotidienne comme des enfants de son âge ? non ☐ oui ☐
Peut-il tenir compte des conventions sociales, et ne pas dire par exemple
des paroles blessantes pour autrui sans s'en rendre compte ? non ☐ oui ☐
En regard à une tristesse exprimée face à lui, votre enfant va-t-il spontanément vouloir
consoler la personne ? non ☐ oui ☐
Paraît-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 ☐

AUDITION ET VISION

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 ☐
Est-il inhabituellement gêné par des bruits, des odeurs, des textures d'aliments ou
des sensations cutanées banales : lesquelles ? oui ☐ non ☐
Trouble de la vision déjà détecté ou suivi ophtalmologique en cours ? oui ☐ non ☐

DIFFICULTÉS SIGNALÉES À L'ÉCOLE

Comportement : oui ☐ non ☐
Attention : oui ☐ non ☐
Apprentissages scolaires oui ☐ non ☐
Langage oui ☐ non ☐
Lecture/orthographe oui ☐ non ☐
Écriture oui ☐ non ☐
Mathématiques oui ☐ non ☐
Si oui laquelle, lesquelles ?
A-t-il une aide dans le cadre de l'école et si oui laquelle ? oui ☐ non ☐
A-t-il un suivi par un CMP, un CMPP, un psychiatre ou un psychologue ? oui ☐ non ☐
Si oui, préciser :
Votre enfant vous met-il en difficulté dans la plupart des activités de la vie quotidienne ? oui ☐ non ☐