



Nom et prénom de l'enfant

N° assurance-maladie \_\_\_\_\_ Exp. carte d'ass.maladie \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ sexe  fille  garçon

## Cueillette d'informations auprès des parents

### Réservé à l'administration

Date réseau : \_\_\_\_\_ Date d'inscription \_\_\_\_\_

Trajectoire :  Langage  Évaluation développementale  Motrice

### COORDONNÉES POUR VOUS CONTACTER

Nom du parent _____	Nom du parent _____
Adresse _____	Adresse _____
Ville _____ Qc ( ____ - ____ )	Ville _____ Qc ( ____ - ____ )
Téléphone résidence _____	Téléphone résidence _____
Téléphone travail _____ (Nb. de jours travaillés) _____	Téléphone travail _____ (Nb. de jours travaillés) _____
Téléphone cellulaire _____	Téléphone cellulaire _____
Courriel : _____	Courriel : _____

### STRUCTURE DE LA FAMILLE D'ORIGINE

	Nom	Date de naissance	Lien avec l'enfant	Occupation	Scolarité
Parent					
Parent					
Enfant					

### Contexte familial :

Naturel  Recomposé  Monoparental  Biparental Autre \_\_\_\_\_

Les parents sont-ils séparés?  oui  non Si oui, depuis quelle année? \_\_\_\_\_

Enfant adopté :  oui  non Si oui, pays d'origine et âge d'adoption : \_\_\_\_\_

Langues parlées à la maison :  français  anglais  autre, précisez : \_\_\_\_\_

## Motifs de la demande (inquiétudes/attentes)

L'autre parent est-il d'accord avec la demande de services :  oui  non, précisez : \_\_\_\_\_

Nom du référant : \_\_\_\_\_

Nom du médecin (si différent) \_\_\_\_\_ date de la dernière visite \_\_\_\_\_

## HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT

### GROSSESSE ET NAISSANCE

Durée de la grossesse : \_\_\_\_\_ semaines.

Complications pendant la grossesse: \_\_\_\_\_

Consommation pendant la grossesse de cigarettes, d'alcool ou de drogues (quantité) : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance (hôpital): \_\_\_\_\_

Type d'accouchement  Naturel  Césarienne

Complications pendant l'accouchement : \_\_\_\_\_

Poids et grandeur à la naissance : \_\_\_\_\_ grammes \_\_\_\_\_ cm

APGAR (voir carnet de santé) : \_\_\_\_\_

Problèmes à la naissance (infection, convulsions, malformation, hypoglycémie, problème cardiaque, etc.) : \_\_\_\_\_

Comportement du bébé (éveillé, amorphe, agité, etc.) : \_\_\_\_\_

### HISTOIRE ALIMENTAIRE

#### Votre enfant :

	OUI	NON	NE SAIT PAS
▶ A-t-il été allaité au sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ A-t-il été nourri au biberon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ A-t-il eu de la difficulté à téter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ A-t-il utilisé une suce?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ A-t-il sucé son pouce?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ A-t-il eu des coliques fréquentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ A-t-il eu des régurgitations fréquentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ A-t-il eu de la difficulté à progresser vers les purées?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ A-t-il eu de la difficulté à progresser vers les solides?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ A-t-il de la difficulté à contrôler sa salive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ S'étouffe-t-il quand il mange? Si oui, à quelle fréquence? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ S'étouffe-t-il quand il boit? Si oui, à quelle fréquence? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Mange-t-il des aliments de texture variée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Est-ce que l'alimentation de votre enfant vous inquiète? Si oui, pourquoi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DÉVELOPPEMENT MOTEUR ET AUTONOMIE** (Notez que selon l'âge de votre enfant, il est possible qu'il ne soit pas capable de faire certaines choses)

	ACQUIS		ÂGE APPROXIMATIF
	OUI	NON	
Se tient assis sans aide			
S'assoit seul			
Ramper			
Marche à 4 pattes			
Marche seul			
Monte l'escalier debout en alternant			
Descend l'escalier debout en alternant			
Pédale facilement et dirige un vélo <input type="checkbox"/> avec ou <input type="checkbox"/> sans roues d'appoint			
Lance un ballon/balle avec précision			
Attrape un ballon/balle			
Propreté vésicale			
Propreté intestinale			
<i>De façon générale, pour la <b>motricité globale</b>, vous avez l'impression que votre enfant est :</i> <input type="checkbox"/> très habile <input type="checkbox"/> habile <input type="checkbox"/> peu habile			
Commentaires :			
Préfère la main <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche			
Tient son crayon comme le fait un adulte			
Peut écrire son prénom			
Dessine des bonshommes			
Peut attacher : <input type="checkbox"/> une fermeture éclair <input type="checkbox"/> un bouton			
Fait ses boucles			
Découpe avec des ciseaux			
Assemble des encastres en bois <input type="checkbox"/>			
Assemble des casse-tête en carton <input type="checkbox"/>			
Nombre de morceaux _____			
Utilise adéquatement des ustensiles			
<i>De façon générale, pour la <b>motricité fine</b>, vous avez l'impression que votre enfant est :</i> <input type="checkbox"/> très habile <input type="checkbox"/> habile <input type="checkbox"/> peu habile			
Commentaires :			

**Votre enfant :**

- |   | OUI                      | NON                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ▶ A-t-il cessé de progresser ou perdu des acquis au niveau moteur (si oui, précisez) _____            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Aime-t-il se balancer?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Aime-t-il jouer à se tirailler?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Garde-t-il son équilibre dans la majorité de ses jeux?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Accepte-t-il les soins d'hygiène (ex : se brosser les dents, se peigner, se laver le visage, etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Aime-t-il toucher une variété de textures?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(ex. : gouache avec les mains, jouer dans le sable, marcher dans le sable/sur le gazon, etc.).

## SOMMEIL

Votre enfant :

- |   | OUI                      | NON                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ▶ Présente des troubles du sommeil                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ A de la difficulté à s'endormir le soir                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Se couche à _____ h _____ ; Se réveille à _____ h _____ |                          |                          |
| ▶ Est agité durant son sommeil                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Dort profondément                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires \_\_\_\_\_

**LANGAGE ET COMMUNICATION** (Notez que selon l'âge de votre enfant, il est possible qu'il ne soit pas capable de faire certaines choses)

Qu'utilise surtout votre enfant pour communiquer?  des gestes  du jargon  des mots

	OUI	NON	AGE APPROXIMATIF
Apparition du sourire			
Babille, gazouille			
Réagit à l'appel de son prénom			
Pointe ce qu'il veut ou ce qui l'intéresse			
Répond à « bye-bye » en agitant la main			
Imite des sons, des bruits			
Dit son premier mot			
Associe deux mots dans la même phrase			
Fait de courtes phrases			
Connait les parties de son corps			
Connait les couleurs			
Vous regarde dans les yeux			
Peut raconter une histoire/un événement			
A cessé de parler ou a perdu des acquis			
Prononce difficilement les mots			
Bégaiement ou hésitation lorsqu'il parle			
Utilise un ton de voix particulier/A une voix rauque/Accent			
Utilise un jargon peu compréhensible			
Est compris par une personne autre que ses parents			
Comprend les blagues <input type="checkbox"/> les nuances <input type="checkbox"/>			
Lit les expressions faciales			
Adapte sa réponse selon la réaction de l'autre			
Utilise un vocabulaire riche/recherché			
<i>De façon générale, pour le langage, vous avez l'impression que votre enfant est :</i>			
<input type="checkbox"/> très habile <input type="checkbox"/> habile <input type="checkbox"/> peu habile			
Commentaires :			

Donnez des exemples de mots ou de phrases que votre enfant utilise : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Votre enfant****OUI****NON**

Est-il attentif quand vous lui parlez?

Répète-t-il vos questions en écho?

Est-ce que le langage de votre enfant vous inquiète?

Commentaires \_\_\_\_\_

**DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET COMPORTEMENT**

Décrivez brièvement le comportement de votre enfant (seul, en présence des autres enfants et en présence d'adultes) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comment votre enfant réagit-il en présence d'une personne adulte étrangère (familier, craintif, sociable, etc.)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exprime-t-il ses émotions? (souriant, fâché, triste, etc.)

**OUI****NON**

Aime-t-il jouer avec d'autres enfants?

Peut-il créer des histoires avec des personnages?

<b>DIFFICULTÉS PRÉSENTES CHEZ VOTRE ENFANT</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
Difficultés d'attention/concentration	<input type="checkbox"/>
Souvent dans la lune	<input type="checkbox"/>
Souvent dans sa bulle	<input type="checkbox"/>
Agitation excessive (verbale <input type="checkbox"/> ou motrice <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/>
Peurs exagérées (spécifiez) :	<input type="checkbox"/>
Anxiété, nervosité	<input type="checkbox"/>
Dépendance excessive vis-à-vis du père <input type="checkbox"/> ou de la mère <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tristesse	<input type="checkbox"/>
Découragement	<input type="checkbox"/>
Manque de confiance en lui-même	<input type="checkbox"/>
Agressivité verbale et/ou physique (spécifiez) :	<input type="checkbox"/>
Se blesse volontairement (automutilation) <input type="checkbox"/> ou involontairement <input type="checkbox"/> (spécifiez)	<input type="checkbox"/>
Se met en situation dangereuse, volontairement <input type="checkbox"/> ou involontairement <input type="checkbox"/> (spécifiez)	<input type="checkbox"/>
Opposition, crise de colère (intolérance à la frustration)	<input type="checkbox"/>
Fugues	<input type="checkbox"/>
A des gestes répétitifs (rituels, tics, flapping) <i>Lesquels :</i>	<input type="checkbox"/>
Timidité, socialement isolé	<input type="checkbox"/>
Réaction excessive aux bruits <input type="checkbox"/> absence de réactions aux sons <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaction excessive aux changements de routine	<input type="checkbox"/>
Réaction excessive quand on le touche	<input type="checkbox"/>

<b>DIFFICULTÉS PRÉSENTES CHEZ VOTRE ENFANT</b>	✓
Intérêt excessif pour les jeux répétitifs (ex : aligner des objets)	
Intérêt excessif pour les jouets qui tournent	
Idées suicidaires	
Délires	
Manies	
Autres (précisez) :	

Forces présentes chez votre enfant

---



---



---

### **FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX**

Des membres de la famille ont-ils présenté un retard de développement et/ou des difficultés d'apprentissage scolaire, de santé mentale, etc.? \_\_\_\_\_

---

Des membres de la famille ont-ils présenté un retard ou un trouble de langage? (précisez) \_\_\_\_\_

---

Est-ce qu'il y a des événements familiaux qui ont pu marquer votre enfant depuis sa naissance (ex. : décès d'un proche, naissance, déménagement, séparation, crise familiale, etc.)?

oui  non Si oui, précisez ci-dessous :

Évènement	Année	Réaction de l'enfant

Est-ce qu'il y a des désaccords entre les parents concernant l'éducation de votre enfant? \_\_\_\_\_

---



---

### **ACTIVITÉS ET LOISIRS**

Ses activités préférées : \_\_\_\_\_

---

Les activités qu'il refuse ou dit ne pas aimer : \_\_\_\_\_

---

Pendant combien de temps peut-il se concentrer sur une activité autre que la télé ou les jeux vidéo ?

Activités : \_\_\_\_\_  Moins de 5 min  Entre 5 et 15 min  Plus de 15 min

Activités : \_\_\_\_\_  Moins de 5 min  Entre 5 et 15 min  Plus de 15 min

Activités : \_\_\_\_\_  Moins de 5 min  Entre 5 et 15 min  Plus de 15 min

Votre enfant a-t-il déjà pratiqué ou pratique-t-il des activités (sport-loisir)?

oui  non Si oui, précisez ci-dessous

Activité	Endroit	Année	Réaction de l'enfant

**A**

### ASPECT PRÉSCOLAIRE ET SCOLAIRE

**Votre enfant :**

**OUI**

**NON**

A-t-il fréquenté ou fréquente-t-il une garderie?



en installation(CPE)  en milieu familial

A-t-il eu besoin de changer de milieu de garde?



Si oui pourquoi? \_\_\_\_\_

Votre enfant reçoit-il des services de soutien en milieu de garde? si oui lesquels

\_\_\_\_\_

Fréquente-t-il l'école? si oui, nom de l'école : \_\_\_\_\_



classe régulière  classe spécialisée niveau scolaire : \_\_\_\_\_

▶ A-t-il déjà repris une année scolaire? Si oui, laquelle \_\_\_\_\_



▶ Présente-t-il des difficultés en :

Écriture  Lecture  Mathématiques  Éducation physique

Votre enfant reçoit-il des services professionnels en milieu scolaire? si oui

lesquels : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### HISTOIRE MÉDICALE (✓cochez)

PROBLÈMES DE SANTÉ	Jamais	0-3 mois	3-12 mois	1-2 ans	2-3 ans	3-4 ans	4-5 ans	Ne sais pas
Infections d'oreilles (otites)								
Problèmes d'audition								
Problèmes de vision								
Méningite								
Maux de tête/migraines								
Convulsions avec fièvre								
Convulsions sans fièvre								
Asthme, problèmes respiratoires								
Anémie								
Problèmes cardiaques								
Problèmes de reins, infections urinaires								
Pneumonies								
Blessures, traumatismes, fractures								
Intoxications (précisez) :								
Maladies infantiles (précisez) :								
Autres maladies (précisez):								

Allergies (précisez) : \_\_\_\_\_

Hospitalisation :  non  oui (précisez) \_\_\_\_\_

Médication prise régulièrement. (Demandez **une copie** de l'historique de la médication des dernières années auprès de votre pharmacien et la joindre au questionnaire) : \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant a passé ou passera :

- ▶ Un scan cérébral ou des examens en radiologie  oui date approximative : \_\_\_\_\_  non
- ▶ Des tests génétiques  oui date approximative : \_\_\_\_\_  non
- ▶ Un EGG  oui date approximative : \_\_\_\_\_  non

Votre enfant reçoit-il ou a-t-il reçu des services?

Date d'inscription

- ▶ En CLSC. :  oui  non  en attente \_\_\_\_\_
- ▶ En Centre de réadaptation en déficience physique :  oui  non  en attente \_\_\_\_\_
- ▶ En Centre de réadaptation en déficience Intellectuelle/ trouble du spectre de l'autisme :  oui  non  en attente \_\_\_\_\_
- ▶ En Centre jeunesse :  oui  non  en attente \_\_\_\_\_  
Si oui, nom du travailleur social responsable \_\_\_\_\_
- ▶ Dans un autre établissement du réseau de la santé:  oui  non  en attente \_\_\_\_\_  
si oui précisez : \_\_\_\_\_
- ▶ Professionnel en pratique privée  oui  non  en attente \_\_\_\_\_

Si oui, précisez nom et lieu :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

 **Signature du parent ou du tuteur** \_\_\_\_\_ **date** \_\_\_\_\_

**MERCI DE VOTRE COLLABORATION**

Consultation : Signature prof/ date : \_\_\_\_\_ Signature du prof/ date: \_\_\_\_\_

Signature prof/ date : \_\_\_\_\_ Signature du prof/ date: \_\_\_\_\_

Signature prof/ date : \_\_\_\_\_ Signature du prof/ date: \_\_\_\_\_