



## MOD456 : questionnaire parental

Date de l'examen :  /  /

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Questionnaire rempli par : le père  la mère  les deux  autre (préciser) : \_\_\_\_\_

Date de naissance de l'enfant :  /  /

### ANTECEDENTS

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

Age de la marche : \_\_\_\_\_ mois

1) Traitements en cours : \_\_\_\_\_ oui  non

*Préciser* \_\_\_\_\_

2) Antécédents d'hospitalisations et/ou de problèmes de santé \_\_\_\_\_ oui  non

*Si oui, détailler* : \_\_\_\_\_

3) Votre enfant a-t-il eu des difficultés de langage ? \_\_\_\_\_ oui  non

A-t-il déjà été rééduqué(e) par une orthophoniste ? \_\_\_\_\_ oui  non

*Préciser* \_\_\_\_\_

Problème de langage dans la famille \_\_\_\_\_ oui  non

*Si oui,*

*détailler* : \_\_\_\_\_

### CONDITIONS DE VIE

**Situation parentale** Parents vivant dans le même foyer \_\_\_\_\_ oui  non

Famille monoparentale \_\_\_\_\_ oui  non

Famille recomposée \_\_\_\_\_ oui  non

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

*Préciser* \_\_\_\_\_

Activité du père : \_\_\_\_\_ Activité de la mère : \_\_\_\_\_

5) **Evénements familiaux** \_\_\_\_\_ oui  non

*Si oui, lesquels* : \_\_\_\_\_

6) Temps quotidien passé devant la télé : \_\_\_\_\_ heure(s)

### 7) 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

### 8) 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

### 9) AUTONOMIE ET HABILITE

Votre enfant

Aime-t-il dessiner ? \_\_\_\_\_ oui  non

Mange-t-il proprement ? \_\_\_\_\_ oui  non

Sait-il s'habiller seul ? \_\_\_\_\_ oui  non

Sait-il se servir des ciseaux ? \_\_\_\_\_ 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

### 10) CONTROLE SPHINCTERIEEN

Votre enfant :

Est-il propre de jour ? ..... 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

### 11) 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, est-il bagarreur? ..... oui  non   
Se montre-t-il opposant pour les règles de la vie quotidienne? ..... 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

### 12) 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

### 13) VIE RELATIONNELLE

Votre enfant :

A-t-il tendance à s'isoler (en classe et/ou à la maison) ? ..... oui  non   
Peut-il jouer seul dans une pièce ? ..... oui  non   
A-t-il du mal à se faire des copains ? ..... oui  non   
Est-il très timide voir renfermé ? ..... oui  non   
Parait-il parfois bizarre dans ses propos ou son comportement ? ..... oui  non

### 14) 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

### 15) VISION

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

### 16) DIFFICULTE SIGNALÉE A L'ÉCOLE ? ..... OUI NON

Si oui laquelle \_\_\_\_\_

### 17) EST-IL OU A-T-IL SUIVI SUR UN PLAN PSYCHOLOGIQUE? ..... OUI NON

Si oui, précisez (CAMSP, CMPP, CMP, psychologue de ville) : \_\_\_\_\_

Pour quelle raison ? \_\_\_\_\_

### 18) VOTRE ENFANT VOUS MET-IL EN DIFFICULTE DANS LA PLUPART DES ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE ?

..... oui  non