

## MOD456 : questionnaire parental

Date de l'examen :  /  /

Date de naissance de l'enfant:  /  /

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

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

### 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 par une orthophoniste ? \_\_\_\_\_ oui  non

4) Dyslexie, ou autre problème scolaire dans la famille \_\_\_\_\_ oui  non

Préciser \_\_\_\_\_

### CONDITIONS DE VIE

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

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

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

5) **Evénements familiaux depuis l'examen de 4 ans** \_\_\_\_\_ oui  non

Si oui le(s)quel(s) : \_\_\_\_\_

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

Préciser \_\_\_\_\_

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

### 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

### 9) 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 habituelle du coucher :  |  | H |  |

### AUTONOMIE ET HABILITE

Votre enfant

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

Est-il à l'aise avec l'utilisation de la fourchette et du couteau pour manger \_\_\_\_\_ oui  non

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

L'enseignant se plaint-il de sa lenteur ? \_\_\_\_\_ oui  non

### 11) CONTROLE SPHINCTERIEEN

Votre enfant :

A-t-il des accidents dans la journée (slip taché ? gouttes ?...) ----- oui  non

Est-il propre de nuit ? ----- oui  non

A-t-il des problèmes d'évacuation intestinale (selles molles, irrégulières, constipation) ----- oui  non

### 12) ORIENTATION TEMPORO-SPATIALE

Votre enfant

Connaît-il la droite et la gauche ? ----- oui  non

Connaît-il la différence entre matin, après-midi et soir ? ----- oui  non

### 13) 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 ou est-il bagarreur? ----- oui  non

Se montre-t-il le plus souvent étourdi (oublie, perd ses affaires personnelles) ? ----- oui  non

Se montre-t-il opposant pour les règles de la vie quotidienne à la maison ou à l'école ? ----- 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

### 14) 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

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 (grands-parents, amis, famille...) ? ----- oui  non

### 15) 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 et à les garder? ----- oui  non

Est-il très timide voir renfermé ? ----- oui  non

Paraît-il parfois bizarre dans ses propos ou son comportement ? ----- oui  non

Passé-il à votre avis trop de temps devant la télé, l'ordinateur ou les jeux vidéo ? ----- oui  non

### 16) 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

### 17) VISION

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

18) DIFFICULTE SIGNALÉE A L'ÉCOLE ? ----- OUI  NON

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

A-t-il une aide dans le cadre de l'école ? \_\_\_\_\_

19) EST-IL SUIVI PAR UN CMPP, UN CMP, UN PSYCHOLOGUE DE VILLE? ----- OUI  NON

Si oui, pour quelle raison ? \_\_\_\_\_

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

----- OUI  NON