

Direction Diocésaine de l'Enseignement Catholique du Var

14 rue Chalucet - 83000 TOULON
TÉL : 04.94.22.66.39 - FAX :04.94.91.73.65

QUESTIONNAIRE DE DEVELOPPEMENT

Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire en y mettant le plus d'informations possibles, le carnet de santé de votre enfant peut vous être utile pour le remplir. Ce document est demandé par la psychologue et reste sous le secret professionnel. Vous voudrez bien le remettre à votre enfant ou à son enseignant sous enveloppe fermée.

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____
Date du jour : _____ Date de naissance : _____
Personne qui complète le questionnaire :
 Mère Père Autre (préciser) : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Code postal : _____
Téléphone domicile : _____ Travail : _____
Portable : _____

La famille :

Les parents sont : mariés/vie maritale divorcés séparés célibataires
 monoparental décédé remariés

Si les parents sont séparés, divorcés ou famille monoparentale, l'enfant vit :
 avec sa mère avec son père en garde alternée en famille reconstituée
 autre situation :

L'enfant est-il adopté Non Oui
Est-il en famille d'accueil Non Oui
Avez-vous d'autres enfants Non Oui
Si oui, inscrivez le nom, le sexe et l'âge :

.....
.....
.....
.....

Les aspects médicaux :

Votre enfant a-t-il des problèmes de vision Non Oui
Si oui, lesquels :
Porte-il des lunettes Non Oui, si Oui, depuis quand :

Votre enfant a-t-il des problèmes auditifs Non Oui
Si Oui, lesquels :
Est-il appareillé Non Oui, si Oui, depuis quand :
Votre enfant a-t-il eu des maladies graves Non Oui
Si Oui, lesquelles et à quel âge :

.....
Votre enfant a-t-il déjà subi des opérations Non Oui
Si Oui, lesquelles et à quel âge :

.....
Votre enfant a-t-il déjà eu un accident Non Oui
Si Oui, à quelle occasion :

.....
Votre enfant a-t-il déjà perdu connaissance Non Oui
Si Oui, à quelle occasion :

.....
Votre enfant a-t-il déjà été suivi :
En CMP ou CMPP Non Oui
Par un psychologue ou psychiatre Non Oui, en psychothérapie Non Oui
En orthophonie Non Oui, si Oui, depuis quand :
En psychomotricité Non Oui, si Oui, depuis quand :
En ergothérapie Non Oui, si Oui, depuis quand :
En orthoptie Non Oui, si Oui, depuis quand :
Autre suivi (préciser) :

Votre enfant a-t-il déjà été testé par un (e) psychologue afin de déterminer son Quotient Intellectuel (QI) ou ses capacités intellectuelles Non Oui,
Si oui, merci de préciser la date :
et les résultats :

Le développement :

Comparativement à d'autres enfants de votre entourage, a-t-il présenté des retards de langage :
En expression Non Oui En compréhension Non Oui
A quel âge a-t-il dit ses premiers mots :
Ses premières phrases :

Comparativement à d'autres enfants de votre entourage, a-t-il présenté des difficultés dans les :
Habilités motrices globales (marcher, sauter,...) Non Oui
Votre enfant sait faire de la bicyclette (sans les petites roues) · Non Oui
Votre enfant sait nager (sans les brassards, sans ceinture, sans bouée) Non Oui
Habilités motrices fines (boutonner, lacer, dessiner...) Non Oui
A quel âge a-t-il montré une préférence pour l'une ou l'autre main :
Quelle main préfère-t-il :

A quel âge a-t-il été propre de jour : de nuit :

Comparativement à d'autres enfants de votre entourage, a-t-il présenté des difficultés à :

Rester assis pour écouter la télévision ou une histoire Non Oui

Jouer avec les autres enfants Non Oui

Votre enfant préfère jouer seul avec des enfants plus jeunes plus âgés
 du même âge que lui.

Dans la vie quotidienne, vous avez remarqué des difficultés chez votre enfant concernant son/sa :

attention mémoire apprendre de nouvelles choses autonomie

confiance en soi autre, merci de préciser :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'école :

Votre enfant va à l'école :

volontiers avec mal au ventre mal de tête

Qu'elle est la durée moyenne des devoirs du soir :

Avec qui les fait-il ?

Au retour de l'école, votre enfant somnole-t-il sur ses devoirs Non Oui

Vous paraît-il anxieux concernant :

un camarade un adulte aller aux toilettes

manger à la cantine aller en récréation

autre (merci de préciser) :

Loisirs :

Votre enfant pratique une (plusieurs) activité (s) extrascolaire (s) : Oui Non

Si Oui, précisez la nature (sport, théâtre, etc.) :

Et la fréquence :

Alimentation :

A la maison, votre enfant a tendance à se resservir à table : Oui Non

Au retour de l'école, il goûte très copieusement : Oui Non

