

## 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  décédés  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 : .....

Autre suivi (préciser) : .....

### **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, faire de la bicyclette)  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, décrivez :

.....

Comparativement à d'autres enfants de son âge, où situez-vous votre enfant dans le tableau suivant, mettez une croix dans la case correspondant à votre réponse.

	Moins	Pareil	Plus
Impulsif			
Attentif aux autres			
Sage			
Opposant			
Timide			
Responsable			
Casse-cou			
Perfectionniste			
Agressif			
Sérieux			
Mature			
Actif			
Excitable			
Anxieux			
Curieux			
Sociable			
Dépressif			
Maladroit			
Enthousiaste			

Autres informations que vous jugez pertinentes :

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

*Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire concernant votre enfant.*