

## Direction Diocésaine de l'Enseignement Catholique du Var

14 rue Chalucet - 83000 TOULON

Tél : 04.94.22.66.33 – Mail : psychologie@ec83.com

### ELEVE EN ELEMENTAIRE 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 mère :

Ville :

Code postal :

Adresse père (si différente de celle de la mère) :

Ville :

Code postal :

Portable père :

Portable mère :

#### 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 : .....

Profession du père :

Profession de la mère :

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 d'indiquer les résultats : ICV =                      IVS =                      IRF =

IMT =

IVT =

QIT =

**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 : .....

Son comportement en famille est :

Très facile       Facile       Difficile       Très difficile

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 :

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

**Autonomie :**

A la maison, votre enfant sait se déshabiller seul :  Oui  Non

Votre enfant sait manger seul :  Oui  Non

### L'école :

Votre enfant va à l'école :

volontiers                       avec mal au ventre                       mal de tête

Quelle 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

Votre enfant a tendance à grignoter entre les repas :  Oui  Non

Votre enfant prend un petit déjeuner avant de partir à l'école :  Oui  Non

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

A la maison, il vous réclame :

des bonbons  Oui  Non,                      des biscuits  Oui  Non

des boissons gazeuses sucrées  Oui  Non

autre, en grande quantité (merci de préciser) : .....

Merci d'indiquer le poids : .....Kg                      et la taille de votre enfant : .....m

### Sommeil :

Pendant la semaine de classe, votre enfant se couche vers : .....heures et se lève vers : .....heures.

Votre enfant a tendance à se réveiller au moins 2 fois par SEMAINE, dans la nuit :

Oui  Non

Votre enfant a-t-il besoin de médicament pour dormir :  Oui  Non

Dans sa chambre, il possède une télévision  Oui  Non  
 Un ordinateur  Oui  Non  
 Une console de jeux vidéo  Oui  Non  
 Autre (merci de préciser) : .....

Merci de bien vouloir remplir ce tableau le plus spontanément possible, tel que vous percevez votre enfant et non pas tel que vous aimeriez qu'il ou elle soit.

Il vous suffit de cocher la case Oui ou Non pour répondre.

**VOUS N'ÊTES PAS OBLIGÉ DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.**

QUESTIONS		
	OUI	NON
1 – L'enfant a eu des difficultés à apprendre à lire		
2 – Il confond encore des lettres entre elles (d/b, p/q, v/f, d/t, é/è, etc.)		
3 – Il a beaucoup de difficultés à s'organiser dans le temps		
4 – Il a peu de repères spatiaux (confond la droite et la gauche)		
5 – Il a parfois des difficultés à trouver le mot juste quand il parle		
6 – Il présente un retard significatif sur le plan de la conscience phonologique (retrouver un son dans un mot : dans « chapeau » est-ce qu'on entend « i »)		
7 – Il a du mal à structurer ses phrases à l'oral comme à l'écrit		
8 – Il s'impatiente quand on tente de lui donner des explications verbales		
9 – Il comprend mieux par l'exemple ou la démonstration que par des explications		
10 – Il a de la difficulté à comprendre les consignes qui sont un peu longues		
11 – Il a tendance à faire répéter quand on lui parle		
12 – Il réussit mieux en mathématique qu'en français		
13 – Il a du mal à mémoriser les tables de multiplication		
14 – Il a de la difficulté à expliciter sa démarche lors de la résolution de problème		
15 – Il intervertit parfois l'ordre des chiffres, il écrit 14 au lieu de 41		
16 – Il a du mal à apprendre le nom de certains nombres : 60 – 70 – 80 – 90		
17 – Il a du mal à tenir compte de tous les détails et toutes les nuances dans un texte		
18 – Il a des difficultés à suivre toutes les étapes dans une procédure		
19 – Il lit mieux dans sa tête qu'à voix haute		
20 – Il manque souvent de temps pour terminer une évaluation		
21 – Il a tendance à oublier ce qu'il a pourtant tendance à avoir bien compris		
22 – Il a beaucoup de difficultés à apprendre des règles de jeux		
23 – Il a beaucoup de difficultés à apprendre des règles sociales		
24 – Il a beaucoup de difficultés à apprendre des règles grammaticales		

QUESTIONS		
	OUI	NON
25 – Il présente certaines difficultés de comportement (impulsif, colérique, ...)		
26 – Il semble souvent peu sensible aux consignes qu'on lui donne verbalement		
27 – On a déjà évoqué l'hypothèse d'un déficit de l'attention pour lui		
28 – Ses réponses sont souvent approximatives ou incomplètes		
29 – Il est brouillon et approximatif dans tout ce qu'il fait		
30 – Il n'arrive pas à se concentrer sur ce qui lui est dit, mais devient très attentif dès qu'il a un soutien visuel pour mieux comprendre		
31 – Il est particulièrement doué pour les activités complexes et dans lesquelles on doit tenir compte de plusieurs éléments à la fois : le jeu d'échecs, l'ordinateur et tous les jeux de constructions		
32 – Il sait faire ses lacets		
33 – Il sait faire du vélo		
34 – Il sait nager		
34 – il aime dessiner		
35 – Il découpe proprement et correctement		
36 – Ses coloriages sont soignés		
37 – Il déteste écrire		
38 – Il se plaint de douleurs à la main lorsqu'il doit écrire ou dessiner		
39 – Il a du mal à écrire sur une ligne		
40 – Ses lettres sont irrégulières et mal tracées		
41 – Lors des opérations en calcul, il ne parvient pas à aligner correctement les chiffres dans les bonnes colonnes		
42 – Il est en difficulté en géométrie		
43 – Il a souvent du mal à se faire des amis et à les garder		
44 – Il a tendance à beaucoup bouger les mains et les pieds		
45 – Il se tortille sur sa chaise et a du mal à rester assis longtemps		
46 – Il est « casse-cou »		
47 – Il ne se concentre pas longtemps en classe ou à la maison		
48 – Il a besoin de quelqu'un à ses côtés pour l'aider à s'organiser		
49 – Il est facilement distrait par ce qui se passe autour de lui		
50 – Il est attentif aux bruits extérieurs (de la salle de classe ou de la maison)		
52 – Il a toujours besoin de jouer avec quelque chose, de tenir un objet dans ses mains		
53 – Il est souvent dans la lune		
54 – Il parle souvent de façon excessive : fort et sans arrêt		
55 – Il répond souvent aux questions ou aux consignes avant qu'elles ne soient terminées		
56 – Il a du mal à attendre son tour		
57 – Il a du mal à persévérer dans une tâche quelle qu'en soit la nature		
58 – Il change souvent d'activité		

QUESTIONS		
	OUI	NON
59 – On doit souvent répéter parce qu’il oublie ce qu’on lui a demandé		
60 – Il perd ou oublie facilement ses effets personnels (habits, lunettes, matériel scolaire, ...)		
61 – Il est impulsif dans ses réponses comme dans ses comportements		
62 – Il évite les tâches qui demandent un effort soutenu		
63 – Il est souvent de mauvaise humeur, triste ou fâché		
64 – Il ne parvient pas à s’autocontrôler, malgré de nombreuses punitions		
65 – Il raconte souvent des mensonges		
66 – Il est agressif verbalement ou physiquement		
67 – Il désobéit, ne respecte pas le règlement		
68 – Il a tendance à s’isoler		
69 – Il n’a pas d’intérêts		
70 – Il a du mal à s’endormir seul		
71 – Il est facilement inquiet voire anxieux		
72 – Il a souvent mal au ventre ou à la tête		
73 – Il mange trop ou trop peu		
74 – Il s’endort difficilement ou fait des cauchemars		
75 – Il fait des fugues		
76 – Il dit penser à mourir		
77 – Il sourit peu et pleure facilement		

Autres informations que vous jugez pertinentes de communiquer pour une meilleure compréhension de votre enfant :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Merci d’avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.*