

Date : _____

ADMISSION QUESTIONNAIRE AUX PARENTS

Ces informations sont confidentielles et seront consignées dans les dossiers du service de psychoéducation.

Identification

1. Nom de l'enfant : _____
2. Date de naissance : _____
3. Langue maternelle : _____
4. Langue(s) parlée(s) à la maison : _____
5. Lieu de naissance : _____

Histoire développementale

Grossesse

1. Est-ce que la mère a présenté des problèmes au moment de la grossesse?
 Oui
 Non
Si oui, lesquelles : _____

Naissance

2. Est-ce que le bébé est:
 Né à terme
 Prématuré
Si oui, à quelle semaine de grossesse ? _____
3. Est-ce qu'il y a eu des complications au moment de l'accouchement?
 Oui
 Non
Si oui, lesquels : _____

4. S'agissait-il d'une naissance de jumeaux ?
 Oui
 Non

5. Est-ce que le bébé a eu des problèmes à la naissance ?

Oui

Non

Si oui, lesquels ? _____

6. Quel était le poids du bébé? _____ APGAR : _____ - _____ - _____

7. Est-ce que le bébé a quitté l'hôpital avec sa mère ?

Oui

Non

Si non pourquoi ? _____

8. Après combien de temps le bébé et la mère ont-ils pu être à la maison ? _____

9. Était-ce un bébé qui pleurait plus de 4 heures par jour?

Oui

Non

10. Était-ce un enfant facilement consolable? _____

11. Se laissait-il facilement prendre dans les bras? _____

12. A-t-il été allaité?

Oui, pendant combien de temps? _____

Non

13. A-t-il eu des difficultés avec l'allaitement ?

14. A-t-il eu des difficultés lors de la transition aux aliments solides ? _____

Développement

MOTRICITÉ GLOBALE :

15. Est-ce que le développement de votre enfant a été différent (plus lent) comparativement à un enfant de son âge pour la motricité globale(marcher, sauter, courir) :

Oui

Non

Si oui, précisez : _____

16. À quel âge a-t-il marché? _____

17. Peut-il faire du vélo?

Oui

Non

Si oui :

Avec roues de support

Sans roues de support

MOTRICITÉ FINE :

18. Est-ce que le développement de votre enfant a été différent (plus lent) comparativement à un enfant de son âge pour la motricité fine(boutonner, lacer, bricoler, découper, dessiner, écrire) :

Oui

Non

Si oui, précisez : _____

19. Est-il :

Gaucher

Droitier

Ambidextre

ACTIVITÉS PRÉSCOLAIRES :

20. Est-ce que le développement de votre enfant a été différent (plus lent) comparativement à un enfant de son âge concernant les activités préscolaires(reconnaître les couleurs et les formes, faire des casse-têtes et des constructions, etc.)?

Oui

Non

Si oui, précisez : _____

LANGAGE :

21. Est-ce que le développement de votre enfant a été différent (plus lent) comparativement à un enfant de son âge concernant le langage?

Oui

Non

Si oui, précisez : _____

22. À quel âge a-t-il dit ses premiers mots ? _____

23. À quel âge a-t-il fait des phrases ? _____

HABILLAGE :

32. Est-il autonome pour s'habiller seul, c'est-à-dire pour:

- Mettre/enlever ses vêtements d'hiver
- Lacer ses souliers
- Se boutonner
- Manipuler une fermeture éclair

Histoire familiale et sociale

Parent 1

1. Nom du père : _____ Prénom : _____
2. Date de naissance : _____
3. Occupation : _____
4. Adresse : _____ Code postal : _____
5. Tél (résidence) : _____ Tél (travail): _____ Tél (cell) : _____

Parent 2

6. Nom de la mère : _____ Prénom : _____
7. Date de naissance : _____
8. Occupation : _____
9. Adresse : _____ Code postal : _____
10. Tél (résidence) : _____ Tél (travail): _____ Tél (cell) : _____

11. Les parents sont-ils séparés:

- Oui, date de la séparation : _____
- Non

12. L'enfant demeure avec :

- Ses parents
- Sa mère
- Son père
- En garde partagée, précisez les modalités : _____
- En famille reconstituée
- Famille d'accueil
- Autre, précisez : _____

13. L'enfant voit-il régulièrement le parent avec lequel il ne vit pas ? _____

14. A-t-il des frères et des sœurs?

Nom	Âge	Lien de parenté

15. D'autres membres de la famille souffrent-ils de maladies ou de troubles qu'il vous semble utile de mentionner ? _____

16. Quelqu'un dans la famille a-t-il eu de la difficulté à apprendre à lire ou a-t-il éprouvé de la difficulté dans son parcours scolaire?

- Frères et sœurs : _____
- Parents : _____
- Famille élargie (grands-parents, oncles, tantes, cousins) : _____

Histoire médicale

Santé

1. Votre enfant a-t-il déjà subi un accident ou un choc physique ?

- Oui
 Non

Si oui, à quel âge et dans quelles conditions? _____

2. A-t-il souffert de :

- Méningite ou encéphalite
 Blessure à la tête
 Otites et maux d'oreilles fréquents

Si oui, a-t-il eu des tubes?

- Oui
 Non

- Convulsions (épilepsie)
 Épisodes d'inconscience
 Asthme
 Allergies, précisez : _____

A-t-il un auto-injecteur? (ex. : EpiPen)

- Oui
 Non

- Maux de tête
- Maux de ventre
- Autres, précisez : _____

3. A-t-il déjà subi une opération?

Oui

Non

Si oui, à quel âge? _____

Pour quelle raison? _____

4. A-t-il déjà été hospitalisé?

Oui

Non

Si oui, à quel âge? _____

Durée de l'hospitalisation: _____

Pour quelle raison? _____

5. Présente-t-il un diagnostic médical autre (trouble développemental de la coordination ou dyspraxie, encéphalopathie, maladie neuro-musculaire, TDA-H, etc.)?

Oui

Non

Si oui, lequel? _____

6. Prend-il des médicaments à l'heure actuelle ?

Oui

Non

Si oui, quelle médication prend-il ? _____

Dose _____

Depuis quand : _____

7. Pour quel diagnostic médical prend-il une médication ? _____

8. Doit-on prendre certaines précautions concernant sa santé? _____

Il est important de nous fournir le papier médical attestant le diagnostic de votre enfant. Si vous ne l'avez pas, assurez-vous d'aller voir votre médecin afin qu'il rédige une attestation de tous les diagnostics présents au dossier.

9. La vision a-t-elle été vérifiée?

- Oui, précisez quand: _____
 Non (mois, année)

10. Votre enfant présente-t-il des troubles visuels?

- Oui, précisez : _____
 Non

11. Doit-il porter des lunettes?

- Oui
 Non

12. L'audition a-t-elle été vérifiée?

- Oui, précisez quand: _____
 Non (mois, année)

13. Votre enfant présente-t-il des troubles auditifs?

- Oui, précisez : _____
 Non

14. Porte-t-il des appareils auditifs?

- Oui
 Non

15. Porte-t-il des orthèses?

- Oui,
 Non

Si oui, précisez quel type d'orthèses et à quels moments il doit les porter : _____

Hygiène de vie

16. A-t-il bon appétit ?

- Oui
 Non

17. A-t-il des problèmes de sommeil ?

- Oui
 Non

Si oui, précisez : _____

18. Dort-il seul?

- Oui
 Non

19. Lui arrive-t-il de dormir avec vous?

- Oui
 Non

Si oui, à quelles occasions? _____

Comportement et socialisation

1. Votre enfant a-t-il déjà présenté des difficultés de comportement ou des difficultés affectives (stress important, événement traumatisant, etc.)?

- Oui
 Non

Si oui, précisez : _____

2. Peut-il intégrer les loisirs comme les autres enfants de son âge?

- Oui
 Non

Si non, précisez : _____

3. Réagit-il fortement aux changements de routines quotidiennes?

- Oui, précisez : _____
 Non

4. Présente-t-il des rituels particuliers?

- Oui, précisez : _____
 Non

5. Présente-t-il des tics ?

- Oui, précisez : _____
 Non

6. Présente-t-il des peurs, des phobies, anxiétés particulières?

- Oui, précisez : _____
 Non

7. Comparativement aux autres enfants de son âge, où situez-vous votre enfant sur l'échelle suivante?

Caractéristiques	Beaucoup moins	Un peu moins	À peu près pareil	Un peu plus	Beaucoup plus
Se fait facilement des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capable de garder ses amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Timide, gêné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renfermé, replié sur soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxieux, préoccupé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait des crises de colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inattentif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opposant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impulsif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperactif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persévérant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porté à mentir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porté à voler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bonne estime de soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Histoire scolaire et suivis professionnels

1. Est-ce que votre enfant aime l'école ?

Oui

Non, expliquez : _____

2. Quel est son comportement à l'école ? _____

3. Quelle est son attitude face aux leçons et devoirs ? _____

4. À votre avis, quelle semble être la source des difficultés de votre enfant ? _____

5. Quelles sont, selon vous, les principales qualités ou forces de votre enfant? _____

6. Quels sont les intérêts ou passe-temps préférés de votre enfant? _____

7. Quels sont ses principaux problèmes ou difficultés ? _____

8. Reçoit-il des suivis (orthophonie, ergothérapie, travail social, etc.) à l'extérieur de l'école?

Oui

Non

Si oui, précisez : _____

9. Quels sont les suivis professionnels qui se poursuivront pendant la prochaine année scolaire ? _____

Veillez joindre à la demande d'admission tous les rapports professionnels.

10. Existe-t-il d'autres informations qui pourraient nous aider à mieux le comprendre?

11. Quelles sont vos attentes face à l'École Lucien-Guilbault ?

Nom de la personne qui a rempli le questionnaire : _____
(en lettres moulées)

Lien avec l'enfant : _____

Aide-mémoire

Avez-vous joint au questionnaire d'admission :

- Diagnostics médicaux
- Rapports professionnels

Autorisation à communiquer

Par la présente, j'autorise le comité d'admission de l'École Lucien-Guilbault à communiquer avec les intervenants de l'école que fréquente mon enfant et tout autre professionnel concerné dans le but d'obtenir des informations supplémentaires concernant mon enfant et son profil scolaire. Cette autorisation sera valide pour toute la durée d'attente précédant l'admission de mon enfant.

Signature de l'autorité parentale : _____ Date : _____

Lien avec l'enfant : _____

MERCI DE VOTRE COLLABORATION!

Le comité d'admission de l'École Lucien-Guilbault