**Questionnaire professionnel de santé**

*Questionnaire à faire remplir par le ou les professionnels de santé qui rencontrent votre enfant*

***Ce document peut être confié à la famille sous enveloppe fermée ou adressé directement au neuropsychologue Mélanie Bouton à l’adresse mail suivante :***

[**melanie.bouton35@gmail.com**](mailto:melanie.bouton35@gmail.com)

**ou par voie postale**

**5 rue de la Chalotais 35510 Cesson-Sévigné**

Date du jour :

Votre nom / prénom :   
Profession :

Vos coordonnées : n° téléphone : Adresse mail :

Nom de l’enfant :

Age :

Date du début du suivi :

**AXES DE TRAVAIL** (*Avec l’accord des parents, pouvez vous me transmettre votre CR ?)*

Type de bilan effectué :

Suivi mis en place à l’issue du bilan : OUI / NON

Evolution observée suite à la prise en charge :

**COMPORTEMENT FACE AU TRAVAIL EFFECTUE EN SEANCE**

Respect des demandes orales et écrites :

Soin :

Autonomie dans le travail :

Vitesse d’exécution :

Capacités d’attention :

Réaction à l’environnement sensoriel (auditive, visuelle, tactile, etc.) :

Comportement en séance (perturbateur, calme, distrait, etc.) :

Commentaires (si besoin) :

**RELATIONS INTERPERSONNELLES**

Relations avec d’autres enfants (si observable) :

Relations avec l’adulte :

Présence de comportements inadaptés :

Commentaires (si besoin) :

**Fonctionnement psychologique**

Ressentis / impressions concernant le fonctionnement psychologique de l’enfant (serein, manque de confiance en lui, etc.) :

Qualité de l’alliance thérapeutique :

* Avec l’enfant :
* Avec les parents :

**GRAVITE DES DIFFICULTES**

Quel est votre sentiment sur les difficultés de l’enfant ?

Un examen neuropsychologique vous semble-t-il pertinent à ce jour ?

Si vous en avez, quelles sont vos attentes le concernant ?

**MERCI BEAUCOUP POUR VOTRE PRECIEUSE COLLABORATION**

*JE RESTE ENTIEREMENT DISPONBLE POUR ECHANGER DE VIVE VOIX EGALEMENT !*