



Questionnaire parents

Date du jour	
Nom de l'enfant et date de naissance	
Votre nom et lien de parenté	
Adresse	
Téléphone	
Mail	

Histoire familiale		
Langue(s) parlée(s) à la maison		
Profession	Père :	Mère :
Niveau d'études	Père :	Mère :
Situation matrimoniale des parents		
En cas de divorce, âge de l'enfant au moment de la séparation ?		
L'enfant vivait avec :	Père	Mère
	Garde partagée	Famille recomposée
L'enfant est-il adopté ?	Oui	Non
Est-il en famille d'accueil ?	Oui	Non
Avez-vous d'autres enfants ?	Oui	Non
Si oui, inscrivez le nom et l'âge :		

Histoire de la grossesse et de la naissance

Le médecin et la mère ont-ils noté des problèmes lors :

De la grossesse

Oui

Non

Si oui, expliquez :

De l'accouchement

Oui

Non

Si oui expliquez :

Enfant né à terme

Oui

Non

Accouchement par

Voie basse

Césarienne

Prise de médicament durant la grossesse

Oui

Non

Si oui, lesquels et pourquoi ?

Consommation d'alcool

Oui

Nombre de verres par jour

Non

Cigarettes

Oui

Nombre par jour

Non

Histoire médicale			
L'enfant a-t-il déjà eu des convulsions ou des crises d'épilepsies ?		Oui	Non
Si oui	Quel âge avait-il (année et mois) ?	En présente-t-il toujours ?	A quelle fréquence ?
Antécédents médicaux de l'enfant :			
Antécédents médicaux familiaux :			
L'enfant a-t-il déjà consulté en neurologie ?		Oui	Non
Si oui, précisez :			
Considérez-vous votre enfant comme	Agité	Distrait	Perturbateur
L'enfant a-t-il des troubles de la vision ?		Oui	Non
Si oui, précisez :			
L'enfant a-t-il des problèmes d'audition ?		Oui	Non
Si oui, précisez :			
L'enfant a-t-il eu plusieurs infections ORL ?		Oui	Non
Si oui :		Fréquence	Quand ?
Votre enfant a-t-il présenté des troubles du sommeil ?		Oui	Non
Si oui, précisez :			
Dormait-il seul ?		Oui	Non
Lui arrivait-t-il de dormir avec vous ?		Oui	Non
Combien de temps prenait-il pour s'endormir ?			
Le matin, au lever, était-il en forme ?		Oui	Non

Votre enfant présentait-il des troubles de l'alimentation ?	Oui	Non
Si oui, décrivez :		
Faites la liste des médicaments que prenait votre enfant :		

Histoire du développement		
Les premiers mois à la maison suivant la naissance ont-ils été difficiles ?	Oui	Non
Si oui, précisez :		
Au cours de la petite enfance (0 à 2 ans) comment qualifieriez-vous les comportements de votre enfant ?		
Comparativement à d'autres enfants du même âge, a-t-il présenté des retards de langage ?	Oui	Non
A quel âge a-t-il dit :	Ses premiers mots :	Ses premières phrases :
A l'entrée en maternelle était-il autonome sur le plan du langage ?	Oui	Non

Comparativement à d'autres enfants du même âge, a-t-il présenté des difficultés dans :			
Habilités motrices globales (marcher, sauter, faire du vélo ...)	Oui	Non	
Si oui, précisez :			
Habilités fines (boutonner, lacer, découper, dessiner ...)	Oui	Non	
Si oui, précisez :			
Habilités préscolaires : nommer les couleurs, alphabet ...	Oui	Non	
Age de la marche ?			
Comparativement à d'autres enfants du même âge, a-t-il déjà eu des difficultés à :			
Rester assis pour écouter une histoire ou regarder la télévision ?	Oui	Non	
Jouer et se socialiser avec les autres enfants ?	Oui	Non	
Se repérer dans le temps ? (Semaine / mois ...)	Oui	Non	
A quel âge a-t-il été propre ?	Le jour :	La nuit :	
A-t-il eu des difficultés de séparation lors de départs ?	Oui	Non	
Si oui, jusqu'à quel âge ?			
L'enfant préférerait-il jouer avec des enfants :	Plus jeune	Plus vieux	Du même âge
L'enfant avait-il des occasions de jouer avec des enfants de son âge ?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il des comportements à caractère restreint et/ou répétitif et/ou stéréotypé, des centres d'intérêt particulier, des comportements atypiques ?	Oui	Non	
Si oui, précisez :			

L'enfant a-t-il suivi une psychothérapie ?	Oui	Non
Si oui, pour quelle raison :		
L'enfant a-t-il eu une évaluation en ¹ :		
Psychologie ?	Oui (âge) :	Non
Orthophonie ?	Oui (âge) :	Non
Psychomotricité ?	Oui (âge) :	Non
Ergothérapie ?	Oui (âge) :	Non
Orthoptie ?	Oui (âge) :	Non
Autre ?	Oui (âge) :	Non
Quelles en ont été les conclusions (si possible rapporter des photocopies des dossiers) ?		

Histoire scolaire				
A-t-il déjà doublé une année ?		Oui	Non	
Si oui, laquelle et pourquoi ?				
Avez-vous l'impression que votre enfant présentait des troubles de l'apprentissage ?		Oui	Non	
De quelle nature ?				
En quelle année ces difficultés ont-elles commencé ?				
Avez-vous eu des inquiétudes sur le rendement de votre enfant dans l'un ou l'autre de ces secteurs dans la vie quotidienne ?				
Attention	Apprendre de nouvelles connaissances	Mémoire	Développement social	
Autonomie	Motricité globale	Confiance en soi / estime de soi	Motricité fine	
Autre :				
Avez-vous eu des inquiétudes sur le rendement de votre enfant dans l'une ou l'autre de ces matières académiques ?				
Lecture	Ecriture	Epellation	Mathématiques	Graphisme
Autre :				
Votre enfant a-t-il reçu, dans le cadre scolaire ou auprès d'un professeur particulier, des cours de soutien ?				
Français	Oui	Non	Fréquence :	
Mathématique	Oui	Non	Fréquence :	
Qui l'aidait pour ses devoirs ou ses leçons ?				
Combien de temps prenait-il pour faire ses devoirs et leçons ?				
Etait-ce une période difficile ?		Oui	Non	

Décrivez :

Histoire Sociale

L'enfant s'entendait-il bien avec tous les membres de la famille ?

Oui

Non

L'enfant s'entendait-il bien avec les amis de son âge ?

Oui

Non

Gardait-il ses amis facilement ?

Oui

Non

Et aujourd'hui ?

Oui

Non

Précisez :

Autres informations que vous jugeriez pertinentes :

Bulletins Scolaires

Si possible, photocopies des bulletins scolaires de l'année et de l'année précédente

Ce document peut m'être adressé directement ou envoyé à l'adresse suivante :

5 rue de la Chalotais, 35510 Cesson-Sévigné

JE VOUS REMERCIE POUR VOTRE COLLABORATION

Mélanie Bouton - Neuropsychologue
melanie.bouton35@gmail.com