

**Nom et prénom de l'enfant**

N° assurance-maladie

Exp. carte d'ass. maladie

sexe fille garçon

Date de naissance : _____

**CUEILLETTE D'INFORMATIONS
MILIEU DE GARDE / PRÉSCOLAIRE / SCOLAIRE****INFORMATIONS GÉNÉRALES**

Nom et adresse du milieu de garde/école : _____

Personne responsable du milieu : _____

Téléphone(s) : _____ Courriel : _____

Nom de son éducateur/trice ou enseignant(e) : _____

Type de milieu fréquenté :

 Milieu de garde : Groupe d'âge* : _____ Milieu préscolaire Milieu scolaire Milieu de garde scolaire* Pour milieu de garde familial, veuillez spécifier l'âge et le sexe des autres
enfants. _____

Nombre d'enfants dans le groupe : _____

Date du début de la fréquentation : _____

Nombre de jours fréquenté par semaine : _____

Assiduité : Oui Non

Langue(s) parlée(s) dans le milieu : _____

Y a-t-il un autre enfant de cette famille qui fréquente votre milieu? _____

Services reçus :

L'enfant reçoit-il des services professionnels ou du soutien dans votre milieu? Non Oui

Si oui, quels sont les noms des professionnels et leurs domaines d'exercice et depuis quand?

INFORMATIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT

(Notez que selon l'âge de l'enfant, il est possible qu'il ne soit pas capable de faire certaines choses)

MOTRICITÉ :

Globale :

A-t-il un bon équilibre? Oui Non commentaire _____

Peut-il :

Sauter Sur 2 pieds? Sur 1 pied?

Monter / descendre les escaliers en alternant les pieds à chaque marche? Oui Non

Lancer un ballon? Oui Non Commentaire : _____

Attraper un ballon? Oui Non Commentaire : _____

Pédaler tricycle vélo avec roues d'appoints vélo? Commentaire : _____

En général, est-il habile lors des activités motrices? _____

Fine :

Utilise-t-il une main préférentielle? _____

Comment tient-il son crayon? _____

Peut-il :

Découper? _____

Enfiler des perles pour faire un collier? _____

Faire des tours de blocs? _____ Nombre de blocs : _____

Faire des encastremets (ex. : de bois, etc.) ? _____

Faire des casse-tête? _____ Nombre de morceaux : _____

AUTONOMIE :

A-t-il besoin d'aide pour les activités suivantes? Si oui, expliquez :

- repas (alimentation) : _____

- propreté (élimination) : _____

- habillage / déshabillage : _____

- activités en général (responsabilités, bricolages, etc.) : _____

- horaire, routines : _____

- organisation (temps, matériel) _____

ASPECT COGNITIF :

Quels sont les jeux ou activités préférés de l'enfant? : _____

| CONNAÎT-IL? | POINTE | NOMME | COMMENTAIRES |
|----------------------|---------------|--------------|---------------------|
| Les couleurs | | | |
| Les parties du corps | | | |
| Gros-grand-petit | | | |
| Les formes | | | |
| Les chiffres | | | |

Que dessine-t-il? _____

Comment joue-t-il? Comment utilise-t-il le matériel de jeu? (imitation, exploration, répétition) : _____

Quels sont ses thèmes privilégiés? : _____

Comprend-il les règles d'un jeu? _____

Peut-il jouer à « faire semblant », élaborer des scénarios? _____

COMMUNICATION :

Volet réceptif :

COCHEZ si présent :

- L'enfant comprend les consignes en regardant faire les autres enfants. Il a besoin qu'on illustre avec des gestes, en pointant (support non verbal).
- L'enfant comprend les consignes simples : « Donne les bottes à Joanie ».
- L'enfant comprend les consignes complexes ou à plusieurs éléments : « Mets les mitaines bleues en dessous du panier », « Prends le mouton et le cheval ».

Commentaires : _____

Volet expressif :

L'enfant s'exprime par :

- gestes, en pointant
- mot isolé / combine 2-3 mots
- phrases élaborées
- phrases répétées en écho
- jargon
- phrases courtes
- énoncés stéréotypés
- ton de voix particulier (rauque/accent)

Commentaires : _____

Sa parole est : intelligible peu intelligible pour une personne non familière.

Commentaires : _____

Son vocabulaire est : varié peu varié.

Peut nommer des éléments de plusieurs catégories

(aliments, animaux, vêtements, jouets, parties du corps, etc.) :

Oui

Non

Peut utiliser des mots de différentes fonctions :

- noms communs et noms propres

Oui

Non

- adjectifs

Oui

Non

- verbes/action (courir, attraper, donner, etc.)

Oui

Non

- notions d'espace (en dessous, en avant, dans, sur, à côté, etc.)

Oui

Non

Commentaires : _____

Quelle est sa réaction lorsque l'entourage ne comprend pas? _____

SOCIALISATION :

L'enfant joue-t-il plus souvent : seul? à deux? en groupe?

Comment entre-t-il en relation avec les pairs? (domine, se soumet, partage, joue à côté des autres enfants ou avec les autres enfants) : _____

Comment entre-t-il en relation avec l'adulte? _____

Comment s'est déroulée l'intégration de l'enfant dans votre milieu? _____

De façon générale, comment décririez-vous l'attitude/l'humeur de l'enfant? _____

ASPECT COMPORTEMENTAL ET AFFECTIF :

Comment décririez-vous l'attitude générale de l'enfant aux arrivées, lors des transitions et aux départs, adaptation à la nouveauté/imprévu (humeur et comportement)? _____

A-t-il un niveau d'activité adéquat selon la situation ou la tâche (bouge beaucoup versus passivité)? _____

Peut-il se concentrer sur une tâche (avec ou sans intérêt)? _____

Comment réagit-il à la frustration? _____

Peut-il accepter un délai ou une attente et comment y réagit-il? _____

Questionnaire complété par : _____

Numéro de téléphone : _____ poste _____

Date : _____

Signature : _____

REMERCIEMENTS

Nous vous remercions d'avoir accepté de remplir ce questionnaire.

S'il vous plaît, le remettre aux parents le plus tôt possible.

Consultation : Signature prof/ date : _____ Signature du prof/ date: _____

Signature prof/ date : _____ Signature du prof/ date: _____

Signature prof/ date : _____ Signature du prof/ date: _____