

## QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS GÉNÉRALES

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Niveau scolaire atteint : \_\_\_\_\_

Nom du parent 1 : \_\_\_\_\_ Nom du parent 2 : \_\_\_\_\_

Téléphone du parent 1 : \_\_\_\_\_ Téléphone du parent 2 : \_\_\_\_\_

### HISTOIRE FAMILIALE

Langue maternelle : \_\_\_\_\_ Langue parlée à la maison : \_\_\_\_\_

Langue à la garderie : \_\_\_\_\_ Langue d'enseignement : \_\_\_\_\_

Parent 1 : Âge : \_\_\_\_\_ Scolarité : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_

Parent 2 : Âge : \_\_\_\_\_ Scolarité : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_

Situation familiale (marié, conjoint, séparé, divorcé, décédé, etc.) \_\_\_\_\_

L'enfant vit avec : \_\_\_\_\_ Depuis : \_\_\_\_\_

L'enfant est-il adopté ou en famille d'accueil, si oui depuis quand : \_\_\_\_\_

Pays de naissance si autre que le Canada : \_\_\_\_\_

Autres enfants de la même famille, indiquez si l'enfant habite à un endroit différent.

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

### HISTOIRE DE LA GROSSESSE ET DE LA NAISSANCE

Le médecin/les parents ont-ils noté des problèmes lors de la grossesse ou de l'accouchement, si oui expliquez :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'enfant est-il né à terme, indiquez le nombre de semaines : \_\_\_\_\_

Pendant la grossesse, y a-t-il eu prise de médicaments, si oui lesquels et pourquoi : \_\_\_\_\_

Pendant la grossesse, consommation d'alcool nombre de verres/jour : \_\_\_\_\_  
de tabac nombre/jour : \_\_\_\_\_

À la naissance, quel était : le poids : \_\_\_\_\_ l'Apgar (ex.9-9-10) : \_\_\_\_\_ Le périmètre crânien : \_\_\_\_\_

### HISTOIRE MÉDICALE

Nom du médicament ou de la molécule et posologie	Pour traiter quelle problématique	Date de début et de fin du traitement

Suivis antérieurs	Motif de consultation	Nom du professionnel	Dates début-fin
Psychologie			
Neuropsychologie			
Ergothérapie			
Psychoéducation			
Travail social			
Orthophoniste			
Orthopédagogue			
Autre :			

Antécédents familiaux	Cochez	Lien de parenté avec l'enfant
Convulsions-épilepsie		
Déficiência intellectuelle		
Trouble d'apprentissage (langage écrit/mathématiques)		
Trouble du déficit de l'attention (TDAH ou TDA)		
Tics/Syndrome de Gilles de la Tourette		
Dépression		
Anxiété		
Troubles du spectre de l'autisme (TSA, TED, Asperger)		
Trouble du langage oral (dysphasie)		
Trouble de la motricité ou praxique (TDC, TAC)		
Autre, précisez		

L'enfant a-t-il des problèmes de santé connus (épilepsie, convulsions, diabète, etc.) :

---

---

L'enfant est-il suivi par un médecin spécialiste (neurologue, gastroentérologue, ORL, etc.), si oui précisez (spécialité, fréquence du suivi et dernier rendez-vous) :

---

---

L'enfant a-t-il déjà perdu connaissance ou eu un accident, si oui décrivez en précisant la nature de l'incident, le moment, si une consultation médicale a eu lieu et les symptômes observés immédiatement et après :

---

---

L'enfant a-t-il déjà subi des opérations, si oui, laquelle/lesquelles et quand :

---

---

L'enfant a-t-il déjà été vu en optométrie, si oui, date de la dernière visite et conclusion :

---

L'enfant a-t-il déjà été vu en audiologie, si oui, date de la dernière visite et conclusion :

---

L'enfant a-t-il eu plusieurs infections aux oreilles :

---

L'enfant a-t-il des problèmes au niveau de l'alimentation, a-t-il des problèmes par rapport à la quantité ou la variété ?

---

---

L'enfant a-t-il des difficultés concernant son sommeil (cauchemars, peur du noir, insomnie, somnambulisme, somniloquie, ne dort pas seul) :

---

---

Indiquer son heure de coucher et de réveil la semaine et la fin de semaine :

---

L'enfant consomme-t-il de la drogue, de l'alcool, des boissons énergisantes, du café, du tabac ?

---

---

### **HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT**

Comment décririez-vous sa petite enfance (0-2 ans) (ex. sommeil, alimentation, agitation) :

---

---

Effectuait-il des demandes à l'adulte en pointant, en effectuant des contacts visuels :

---

---

### LANGAGE

À quel âge a-t-il dit ses premiers mots ? : \_\_\_\_\_ Ses premières phrases (2 mots) ? : \_\_\_\_\_

À l'âge de 3 ans, se faisait-il comprendre par des personnes autres que ses parents ? Sinon, à quel âge s'est-il fait comprendre :

---

---

Notez-vous des difficultés au niveau du langage (articulation, prononciation, bégaiement, recherche ses mots) :

---

---

### MOTRICITÉ

À quel âge a-t-il fait ses premiers pas : \_\_\_\_\_ Marché de façon autonome : \_\_\_\_\_

Est-il droitier, gaucher ou ambidextre et est-ce que la dominance latérale s'est rapidement effectuée :

---

À quel âge a-t-il acquis la propreté diurne : \_\_\_\_\_ nocturne : \_\_\_\_\_

Lui arrive-t-il encore de « s'échapper », si oui indiquer la fréquence : le jour : \_\_\_\_\_ la nuit : \_\_\_\_\_

Comparativement à d'autres enfants, a-t-il présenté des difficultés au niveau de :

La motricité globale (s'habiller, marcher, sauter, attraper, équilibre, maladresse, etc.), si oui décrivez :

---

---

La motricité fine (faire des boucles, boutonner, lacer, dessiner, calligraphie, etc.), si oui décrivez :

---

---

Pratique-t-il des sports, si oui lesquels et à quel niveau :

---

### SENSORIEL

L'enfant présente-t-il des particularités sensorielles, si oui décrivez :

Tactile/toucher :

---

---

Auditif ou visuel :

---

---

Alimentaire :

---

---

Vestimentaire :

---

---

A-t-il des tics moteurs (ex. clignement d'yeux, étirement du cou), sonores (ex. reniflement, sifflement), des maniérismes, des stéréotypies (tourne en rond sur soi, bat des bras flapping), si oui décrivez :

---

---

Actuellement ou dans la petite enfance, a-t-il eu des maniérismes ou des mouvements stéréotypés (tourne en rond sur soi, bat des bras flapping), si oui décrivez :

---

---

### COMPORTEMENTS — PERSONNALITÉ

Quelles sont ses plus grandes qualités (ex. généreux, patient, sociable, etc.) :

---

---

Comparativement aux enfants du même âge, quels sont ses plus grands défis (ex. impulsif, timide, agressif, etc.) :

---

---

Quels sont ses intérêts (activités, loisirs, jeux) :

---

---

Fait-il des activités parascolaires, si oui lesquels :

---

---

Comment décririez-vous ses fonctions cognitives (attention, mémoire, raisonnement, organisation) :

---

---

Votre enfant fait-il preuve de créativité dans les activités et dans le jeu :

---

---

Votre enfant s'adapte-t-il facilement aux changements dans la routine ou démontre-t-il de la rigidité (ex. doit effectuer les tâches dans le même ordre, se fâche si on modifie les séquences) :

---

---

Comment décririez-vous sa gestion comportementale/émotionnelle (agitation, agressivité) :

---

---

Présente-t-il des signes d'anxiété (ex. peur de l'abandon, anticipation négative, phobie) :

---

---

Présente-t-il des maux physiques (ex. mal de tête, mal de ventre) en situation de stress (ex. examen, parler devant les autres) :

---

---

---

Comment décririez-vous ses habiletés sociales, a-t-il des amis, est-il souvent en conflit :

---

---

Comment entre-t-il en relation avec les adultes :

---

---

Comment interagit-il avec les personnes en situation d'autorité, a-t-il tendance à argumenter et s'opposer :

---

---

S'entend-il bien avec les membres de la famille :

---

---

L'enfant a-t-il déjà vécu des événements particulièrement stressants ou potentiellement traumatiques ?

---

---

Veillez indiquer la durée approximative par jour que passe votre enfant sur des appareils électroniques (télévision, tablette, téléphone, ordinateur, jeu vidéo) en dehors des heures d'école :

---

---

### HISTOIRE SCOLAIRE

En quelle année est-il actuellement : \_\_\_\_\_ Nom de l'école : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Nom de son enseignant(e) : \_\_\_\_\_

Comment s'est déroulée l'intégration de l'enfant à la garderie/école :

---

---

Décrivez les difficultés rencontrées aux niveaux académique et/ou comportemental en classe

Préscolaire (maternelle : alphabét, découper, compter, mois de l'année, respect des règles, social, etc.) :

---

---

Primaire et secondaire (Lecture, écriture, compréhension, mathématiques, rythme de travail, respect des consignes) :

---

---

A-t-il un plan d'intervention, si oui depuis quand et pourquoi :

---

---

Décrivez la période des devoirs :

---

---

Votre enfant occupe-t-il un emploi ? Si oui, décrivez le type d'emploi et le nombre d'heures travaillées par semaine :

---

---

Autres commentaires :

---

---

---

---

Je confirme que j'ai rempli ce questionnaire au mieux de mes connaissances

Nom et prénom de la personne ayant rempli le questionnaire : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_