

QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT

Veuillez répondre aux questions au meilleur de vos connaissances. Si une question ne s'applique pas à votre enfant ou que vous ne connaissez pas la réponse, laissez-la simplement vide.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____ Âge : _____
Questionnaire rempli par : _____ Rôle auprès de l'enfant : _____

PRÉOCCUPATIONS ACTUELLES

Attention ☐ Hyperactivité ☐ Impulsivité ☐ Apprentissages ☐ Langage ☐ Habiletés sociales ☐ Comportement ☐
Émotions ☐ Anxiété ☐ Motricité ☐ Autonomie ☐ Tics ☐ Traitement sensoriel ☐ Fonctionnement intellectuel ☐
Autre : _____

SITUATION FAMILIALE

Parents ensemble ☐ Garde partagée ☐ Garde monoparentale ☐ Préciser : _____
L'enfant est adopté ou en famille d'accueil ☐ Préciser : _____
Pays de naissance si autre que le Canada : _____ Au Canada depuis : _____
Nombres de personnes vivant avec l'enfant : Adultes _____ Enfants _____

GROSSESSE ET NAISSANCE

Nombre de semaines de gestation : _____ Particularités durant la grossesse : _____
Consommation durant la grossesse Alcool ☐ Tabac ☐ Drogues ☐ Si oui, fréquence (ex. par jour) : _____
Santé du bébé à la naissance : Rien à signaler ☐ Présence de difficultés ☐ Si oui, préciser : _____

HISTOIRE MÉDICALE

CONDITIONS	PRÉSENT	DATE/COMMENTAIRES
Épilepsie/convulsions	☐	
Traumatisme craniocérébral	☐	
Commotion cérébrale	☐	
Hospitalisation	☐	
Chirurgie	☐	
Maladie chronique	☐	
Autre problème médical	☐	
Préciser : _____		

Vision

Date de la dernière évaluation en optométrie : _____ Des problèmes ont-ils été constatés ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, préciser : _____ Porte des lunettes ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, depuis quel âge : _____

Audition

Date de la dernière évaluation en audiologie : _____ Des problèmes ont-ils été constatés ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, préciser : _____ Porte un appareil auditif ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, depuis quel âge : _____

Médication actuelle et antérieure

MÉDICAMENT/MOLÉCULE	POSOLOGIE	DATE DÉBUT-FIN DE TRAITEMENT

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX Veuillez indiquer uniquement les diagnostics officiellement posés par un professionnel de la santé.	PRÉSENT	QUI DANS LA FAMILLE ? (ex. parents, fratrie ou grand-parent)
Trouble développemental du langage	☐	
Dyslexie/dysorthographe	☐	
Dyscalculie	☐	
Trouble développemental de la coordination (dyspraxie)	☐	
Trouble du déficit de l'attention (TDAH)	☐	
Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	☐	
Syndrome de Gilles de La Tourette (SGT)	☐	
Déficiência intellectuelle	☐	
Trouble anxieux	☐	
Dépression	☐	
Trouble obsessionnel compulsif (TOC)	☐	
Trouble bipolaire	☐	
Trouble de la personnalité	☐	
Schizophrénie	☐	
Épilepsie	☐	
Autre condition neurologique importante Si oui, précisez :	☐	

SUIVIS ET ÉVALUATIONS ACTUELS ET ANTÉRIEURS

PROFESSIONNELS SERVICES	RAPPORT DISPONIBLE	DATE DÉBUT — FIN	MOTIF
CLSC	☐		
Centre de réadaptation	☐		
DPJ	☐		
Orthophoniste	☐		
Ergothérapeute	☐		
Psychologue	☐		
Neuropsychologue	☐		
Psychoéducateur	☐		
Orthopédagogue	☐		

COMMUNICATION

Langue(s) parlée(s) à la maison : _____ Langue de scolarisation : _____
 Autre(s) langue(s) parlée(s) ou comprise(s) par votre enfant : _____
 Langage actuel : Aucune difficulté ☐ Quelques difficultés ☐ Difficultés importantes ☐
 Difficultés observées : Prononciation ☐ Articulation ☐ Bégaiement ☐ Recherche ses mots ☐ Compréhension ☐
 Autre, préciser : _____

ÉTAPES DÉVELOPPEMENTALES LANGAGIÈRES	ÂGE APPROXIMATIF		
Premiers mots			
Premières phrases (ex. « veux du lait », « encore jus »)			
Vers l'âge de 3 ans, votre enfant se faisait-il comprendre par les autres (autres que ses parents) ?	Oui ☐ Non ☐ Si non, à quel âge :		
COMMUNICATION VERBALE	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
Aime discuter avec les autres	☐	☐	☐
Initie une conversation	☐	☐	☐
Répond lorsqu'on le questionne	☐	☐	☐
Pose des questions aux autres	☐	☐	☐
Tient une conversation	☐	☐	☐
Interrompt les autres lorsqu'ils parlent	☐	☐	☐
Parle principalement de ses intérêts	☐	☐	☐
Tendance à parler longtemps d'un même sujet (monologue)	☐	☐	☐
Fournit spontanément des informations	☐	☐	☐
Raconte facilement sa journée	☐	☐	☐
Remarque lorsque son interlocuteur perd l'intérêt de la conversation	☐	☐	☐
Comprend les blagues, l'humour et le sarcasme	☐	☐	☐
Varie naturellement son ton de voix	☐	☐	☐
Utilise un pseudo-accent (ex. accent français)	☐	☐	☐
Utilise des expressions ou des phrases peu naturelles (ex. parle comme dans un documentaire)	☐	☐	☐
Présente un langage saccadé ou robotique	☐	☐	☐
COMMUNICATION NON VERBALE	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
Module naturellement son regard pendant les échanges (contact visuel)	☐	☐	☐
Regarde sur le côté ou fuit le regard lorsqu'on lui parle	☐	☐	☐
Utilise des expressions faciales variées	☐	☐	☐
Utilise des gestes (ex. bonjour, au revoir, oui/non)	☐	☐	☐
Pointe pour demander ou montrer un intérêt	☐	☐	☐
Comprend les expressions faciales et les gestes des autres	☐	☐	☐
Respecte la distance avec les autres (ex. bulle personnelle)	☐	☐	☐
Réagit lorsqu'on l'appelle par son prénom	☐	☐	☐

MOTRICITÉ			
ÉTAPES DÉVELOPPEMENTALES MOTRICES	ÂGE APPROXIMATIF		
Marche à quatre pattes			
Marche seul			
Propreté de jour			
Propreté de nuit			
DOMINANCE MANUELLE			
Main utilisée pour écrire : Droite ☐ Gauche ☐ Main utilisée pour découper (ciseaux, couteau) : Droite ☐ Gauche ☐			
MOTRICITÉ	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
Semble maladroit	☐	☐	☐
Se cogne ou échappe des objets	☐	☐	☐
Évite les jeux moteurs ou les sports	☐	☐	☐
Difficulté à apprendre à faire du vélo	☐	☐	☐
Difficulté à apprendre à nager	☐	☐	☐
Difficulté à utiliser des ciseaux	☐	☐	☐
Difficulté à utiliser un couteau	☐	☐	☐
Difficulté avec les boutons ou les fermetures éclair	☐	☐	☐
Difficulté à faire ses lacets	☐	☐	☐
Difficulté à manipuler de petits objets (ex. billes, Lego, clé)	☐	☐	☐
Échappe souvent de petits objets	☐	☐	☐

HABILETÉS VISUOSPATIALES ET ORIENTATION	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
Se repère facilement dans un nouvel environnement	☐	☐	☐
Se perd facilement	☐	☐	☐
Anticipe facilement un nouveau trajet ou un nouvel environnement	☐	☐	☐
Différencie sa droite et sa gauche	☐	☐	☐
Peut lire une carte ou suivre un plan	☐	☐	☐
Comprend les graphiques, tableaux ou schémas	☐	☐	☐

TICS ACTUELS ET ANTÉRIEURS Cocher les cases s'appliquant à votre enfant	
Clignement des yeux ☐	Racler de gorge ☐
Grimaces ☐	Reniflement ☐
Mouvements de la tête ou du cou ☐	Claquement de langue ☐
Haussement des épaules ☐	Petits sons ou bruits ☐
Mouvements des bras ou des mains ☐	Répétition de mots ou de sons ☐
Mouvements des jambes ou des pieds ☐	Sifflement ☐
Mouvements de la bouche ou de la mâchoire ☐	Tousotement ☐
Froncement de nez ☐	Grognement ☐
Sautillement ☐	Mots vulgaires ☐
Tire sur ses vêtements ☐	Touche parties génitales ☐
Autres :	
Les tics changent dans le temps ☐ Augmentent lors de périodes de stress, de fatigue ou d'excitation ☐	

TRAITEMENT SENSORIEL

Hypersensible : réagit fortement ou évite certaines sensations. **Hyposensible** : réagit peu ou recherche certaines sensations.

SENSORIEL Cocher les cases s'appliquant à votre enfant	HYPERSENSIBLE	HYPOSENSIBLE
Bruits (ex. aspirateur, séchoir, toilettes automatiques)	☐	☐
Lumière	☐	☐
Toucher	☐	☐
Vêtements (ex. texture, ajustement, étiquettes)	☐	☐
Odeurs	☐	☐
Température (ex. extérieur, eau)	☐	☐
Douleur	☐	☐
Mouvements (ex. balançoires, manèges, voiture)	☐	☐

RECHERCHE CERTAINES SENSATIONS	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
Recherche les mouvements (ex. tourner, sauter, courir)	☐	☐	☐
Recherche les pressions profondes (ex. serrer, se faire envelopper)	☐	☐	☐
Porte des objets à sa bouche	☐	☐	☐
Sent fréquemment les objets	☐	☐	☐
Touche fréquemment les objets ou les personnes	☐	☐	☐
ALIMENTATION	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
Refuse certaines textures	☐	☐	☐
Refuse certains goûts	☐	☐	☐
Refuse certains aliments en raison de leur couleur	☐	☐	☐
Accepte difficilement de nouveaux aliments	☐	☐	☐
Préfère toujours les mêmes aliments	☐	☐	☐
Refuse que certains aliments se touchent	☐	☐	☐

HABILETÉS SOCIALES

RELATIONS AVEC LES PAIRS	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
Invite des amis à la maison ou demande à voir ses amis	☐	☐	☐
Se fait inviter à des fêtes ou chez des amis	☐	☐	☐
Recherche spontanément les autres enfants	☐	☐	☐
Préfère jouer seul	☐	☐	☐
Observe les autres ou attend qu'ils l'invitent avant de participer	☐	☐	☐
Entre facilement dans un groupe	☐	☐	☐
Prend spontanément l'initiative des jeux ou des activités	☐	☐	☐
Cherche à partager son plaisir avec les autres	☐	☐	☐
Console les autres lorsqu'ils sont tristes	☐	☐	☐
Comprend le point de vue des autres	☐	☐	☐
Tient compte des intérêts des autres dans ses interactions	☐	☐	☐
Se retrouve souvent en conflit avec les autres	☐	☐	☐
Est facilement influencé par les autres	☐	☐	☐
A tendance à être naïf ou trop confiant	☐	☐	☐
Est victime d'intimidation	☐	☐	☐
Intimide les autres	☐	☐	☐
Semble imiter les comportements ou les expressions des autres pour s'intégrer	☐	☐	☐
Prépare à l'avance ce qu'il va dire dans certaines situations sociales	☐	☐	☐
Semble faire beaucoup d'efforts pour paraître « comme les autres »	☐	☐	☐
Exprime avoir l'impression de devoir jouer un rôle avec les autres	☐	☐	☐
A un meilleur ami Oui ☐ Non ☐ A des amis à l'école Oui ☐ Non ☐ A des amis dans son quartier Oui ☐ Non ☐			

JEU

COMPORTEMENTS DANS LE JEU	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
Fait semblant (jeu symbolique)	☐	☐	☐
Invente des histoires ou des scénarios	☐	☐	☐
Imite les autres dans ses jeux	☐	☐	☐
Joue en présence d'autres enfants sans les impliquer dans son jeu (jeu parallèle)	☐	☐	☐
Partage ses jouets, son matériel ou ses jeux	☐	☐	☐
Accepte que les autres modifient les règles ou le scénario	☐	☐	☐
Accepte de jouer à un jeu proposé par un autre enfant	☐	☐	☐
Change facilement d'un jeu à un autre	☐	☐	☐
Répète toujours les mêmes jeux ou scénarios	☐	☐	☐
Organise ou aligne les jouets ou les objets	☐	☐	☐
Votre enfant préfère généralement jouer : Seul ☐ Avec un autre enfant ☐ En groupe ☐			
Jeux ou activités préférés : _____			

FLEXIBILITÉ COGNITIVE, INTÉRÊTS SPÉCIFIQUES ET COMPORTEMENTS RÉPÉTITIFS

FLEXIBILITÉ COGNITIVE (ADAPTATION AUX CHANGEMENTS)	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
Aime que les choses soient faites toujours de la même façon ou insiste pour suivre certaines routines	☐	☐	☐
Tolère difficilement les imprévus ou les changements de plans	☐	☐	☐
A besoin de suivre une routine (ex. ordre pour s'habiller, manger, se préparer)	☐	☐	☐
A des rituels (ex. effectuer certaines actions d'une façon très précise)	☐	☐	☐
A besoin d'être préparé avant un changement	☐	☐	☐

COMPORTEMENTS RÉPÉTITIFS	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
Battements des mains (flapping)	☐	☐	☐
Se balance (assis ou debout)	☐	☐	☐
Marche sur la pointe des pieds	☐	☐	☐
Tourne sur lui-même	☐	☐	☐
Saute de façon répétitive	☐	☐	☐
Mouvements répétitifs des doigts ou des mains	☐	☐	☐
Tourne ou manipule des objets de façon répétitive	☐	☐	☐
Répète toujours les mêmes activités ou scénarios	☐	☐	☐
Répète les paroles d'une autre personne (écholalie)	☐	☐	☐
Répète ses propres paroles	☐	☐	☐
Réutilise souvent les mêmes phrases ou expressions	☐	☐	☐

Votre enfant a-t-il un sujet qui le passionne particulièrement ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lequel ? _____

INTÉRÊTS SPÉCIFIQUES	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
Parle souvent de ce sujet	☐	☐	☐
Aime apprendre de nouvelles informations sur ce sujet	☐	☐	☐
Accumule des objets en lien avec ce sujet	☐	☐	☐
Accumule des informations en lien avec ce sujet	☐	☐	☐
Préfère les activités liées à ce sujet	☐	☐	☐
Revient fréquemment sur ce sujet dans les conversations	☐	☐	☐

FONCTIONNEMENT COGNITIF

FONCTIONS ATTENTIONNELLES ET EXÉCUTIVES	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
A de la difficulté à maintenir son attention	☐	☐	☐
Se laisse facilement distraire	☐	☐	☐
A besoin qu'on répète les consignes	☐	☐	☐
Oublie rapidement une consigne	☐	☐	☐
Perd le fil d'une activité ou d'une tâche	☐	☐	☐
Perd souvent ses objets ou son matériel	☐	☐	☐
A de la difficulté à garder ses effets personnels en ordre	☐	☐	☐
A besoin de plusieurs rappels pour commencer une tâche	☐	☐	☐
A de la difficulté à planifier les étapes d'une activité	☐	☐	☐
Passe d'une tâche à une autre sans terminer la première	☐	☐	☐
Abandonne facilement une tâche avant de l'avoir terminée	☐	☐	☐
Travaille trop rapidement	☐	☐	☐
A de la difficulté à attendre son tour	☐	☐	☐
A de la difficulté à arrêter une activité lorsqu'on le lui demande	☐	☐	☐

AUTONOMIE

AUTONOMIE AU QUOTIDIEN	NON	AVEC AIDE	OUI, SEUL
HYGIÈNE PERSONNELLE			
Se brosse les dents	☐	☐	☐
Se lave (bain ou douche)	☐	☐	☐
Se lave les cheveux	☐	☐	☐
Se coiffe	☐	☐	☐
Va seul à la toilette	☐	☐	☐
S'essuie adéquatement après être allé à la toilette	☐	☐	☐
Se lave les mains après être allé à la toilette	☐	☐	☐

HABILLAGE			
Choisit des vêtements adaptés à la température	☐	☐	☐
S'habille seul	☐	☐	☐
Attache ses boutons	☐	☐	☐
Ferme sa fermeture éclair	☐	☐	☐
Fait ses lacets	☐	☐	☐
ORGANISATION PERSONNELLE			
Prépare son sac ou son matériel pour ses activités	☐	☐	☐
Pense à apporter le matériel nécessaire	☐	☐	☐
Range ses effets personnels	☐	☐	☐
Termine les tâches demandées	☐	☐	☐
VIE QUOTIDIENNE			
Prépare une collation	☐	☐	☐
Prépare un repas simple (ex. sandwich, pâtes)	☐	☐	☐
Effectue de petites tâches ménagères	☐	☐	☐
Traverse la rue de façon sécuritaire	☐	☐	☐
ADOLESCENTS (AU BESOIN)			
Gère son horaire	☐	☐	☐
Gère son argent	☐	☐	☐
Utilise les transports en commun	☐	☐	☐
Prend seul ses rendez-vous	☐	☐	☐

RÉGULATION ÉMOTIONNELLE ET COMPORTEMENTALE

RÉGULATION ÉMOTIONNELLE	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
Réagit fortement aux frustrations	☐	☐	☐
A de la difficulté à se calmer après avoir été contrarié	☐	☐	☐
S'inquiète facilement	☐	☐	☐
Présente plusieurs peurs ou inquiétudes (ex. noir, animaux, séparation, abandon) Spécifier :	☐	☐	☐
A besoin d'être souvent rassuré	☐	☐	☐
Ne semble pas à l'aise lorsqu'il doit parler devant les autres	☐	☐	☐
Ne semble pas à l'aise lors des examens ou des évaluations	☐	☐	☐
A peur d'échouer ou de ne pas bien faire	☐	☐	☐
Craint le jugement des autres	☐	☐	☐
Ne semble pas à l'aise lorsqu'il rencontre de nouvelles personnes	☐	☐	☐
Ne semble pas à l'aise lorsqu'il doit commander seul au restaurant	☐	☐	☐
Ne semble pas à l'aise lorsqu'il doit poser une question à un adulte ou à une autre personne	☐	☐	☐
Manque de confiance en lui	☐	☐	☐
Se dévalorise (ex. « je suis nul », « je ne suis pas capable »)	☐	☐	☐
Dit qu'il veut mourir ou tient des propos similaires	☐	☐	☐
Si votre enfant a exprimé ce type de propos, dans quel contexte ?			

RÉGULATION COMPORTEMENTALE	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
S'oppose aux demandes	☐	☐	☐
Fait des crises explosives	☐	☐	☐
Agressivité verbale	☐	☐	☐
Agressivité physique	☐	☐	☐
Respecte difficilement les consignes	☐	☐	☐
Veut que tout soit parfait	☐	☐	☐
Est très dérangé lorsqu'il fait une erreur	☐	☐	☐

HABITUDES DE VIE

SOMMEIL	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
A de la difficulté à s'endormir	☐	☐	☐
A besoin d'un parent pour s'endormir	☐	☐	☐
Dort avec un parent	☐	☐	☐
Se réveille durant la nuit	☐	☐	☐
Se réveille très tôt le matin	☐	☐	☐
Fait des cauchemars	☐	☐	☐
Fait des terreurs nocturnes	☐	☐	☐
Est somnambule	☐	☐	☐
Parle durant son sommeil (somniloquie)	☐	☐	☐
Semble fatigué au réveil	☐	☐	☐
Semble somnolent durant la journée	☐	☐	☐
Utilise de la mélatonine ou une médication pour dormir : Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser : _____ Heure habituelle du coucher la semaine : _____ la fin de semaine : _____ Heure habituelle du lever la semaine : _____ la fin de semaine : _____ Fait encore la sieste ? Oui ☐ Non ☐			

COMPORTEMENTS FACE AUX ÉCRANS	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
A de la difficulté à arrêter lorsqu'on le lui demande	☐	☐	☐
Réagit fortement lorsque le temps d'écran se termine	☐	☐	☐
Préfère les écrans aux autres activités	☐	☐	☐
Temps consacré aux écrans, autre que pour les apprentissages (heures/jour) : Semaine : _____ Fin de semaine : _____ Quels écrans votre enfant utilise-t-il régulièrement ? Télévision ☐ Tablette ☐ Cellulaire ☐ Console de jeux ☐ Ordinateur ☐ Réalité virtuelle ☐ Autre : _____			

CONSOMMATION

L'enfant consomme-t-il : Drogue ☐ Alcool ☐ Tabac ☐ Cigarette électronique (vapeuse) ☐ Boissons énergisantes ☐ Caféine ☐
 Si oui, préciser la fréquence et le type : _____

HISTOIRE SCOLAIRE ET APPRENTISSAGES

GARDERIE/Centre de la petite enfance (CPE)

Type de milieu fréquenté : CPE ☐ Garderie privée ☐ Milieu familial ☐ Garde à la maison ☐
 L'intégration s'est-elle bien déroulée ? Oui ☐ Non ☐ Si non, préciser : _____
 Les éducateurs avaient-ils des préoccupations ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser : _____
 L'enfant recevait-il du soutien particulier ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser : _____

PARCOURS SCOLAIRE

Nom de l'école : _____ Niveau scolaire actuel : _____
 A repris une année : Oui ☐ Non ☐ Si oui, quelle année : _____
 A sauté une année : Oui ☐ Non ☐ Si oui, quelle année : _____
 Changement d'école : Oui ☐ Non ☐ Si oui, quelle année : _____
 Changement de programme ou de classe : Oui ☐ Non ☐ Si oui, quelle année et quel programme : _____
 Classe spécialisée (ex. TSA) : Oui ☐ Non ☐ Si oui, laquelle : _____
 Plan d'intervention : Oui ☐ Non ☐ Si oui, depuis quand : _____
 Orthopédagogie : Oui ☐ Non ☐ Si oui, année(s) : _____
 Utilise un ordinateur à l'école ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, principalement pour : ☐ Lecture ☐ Écriture ☐ Les deux
 Suivi avec un technicien en éducation spécialisée (T.É.S.) : aucun ☐ au besoin ☐ régulier ☐ motif : _____

A-t-il déjà eu des : récréations accompagnées ☐ ateliers de gestion de conflits ☐ atelier pour les habiletés sociales ☐ francisation
☐ suspensions ☐ autres, préciser :

Comment se passe le début de l’année scolaire ? Bien ☐ Difficile ☐ Préciser :

Comment se passe le retour après les vacances ? Bien ☐ Difficile ☐ Préciser :

La période des devoirs et leçons est : Se déroule bien ☐ Difficile ☐ Préciser :

ARRIVÉE À L’ÉCOLE LE MATIN

Comment se passe habituellement l’arrivée à l’école le matin ?

Entre facilement dans l’école ☐ A besoin d’être accompagné jusqu’à sa classe ☐ Hésite ou refuse d’entrer dans l’école ☐

Pleure ou manifeste une détresse importante ☐ Autre _____

APPRENTISSAGE DE LA LECTURE EN 1 ^{ère} ANNÉE	AUCUNE DIFFICULTÉ	QUELQUES DIFFICULTÉS	DIFFICULTÉS IMPORTANTES
Apprentissage des lettres	☐	☐	☐
Apprentissage des sons et fusion des sons	☐	☐	☐
Mots-étiquettes	☐	☐	☐
APPRENTISSAGES ACTUELS	AUCUNE DIFFICULTÉ	QUELQUES DIFFICULTÉS	DIFFICULTÉS IMPORTANTES
LECTURE			
Décodage	☐	☐	☐
Fluidité/vitesse	☐	☐	☐
Compréhension	☐	☐	☐
ÉCRITURE			
Calligraphie	☐	☐	☐
Vitesse d’écriture	☐	☐	☐
Orthographe	☐	☐	☐
Grammaire	☐	☐	☐
Structure des phrases	☐	☐	☐
Organisation des idées	☐	☐	☐
MATHÉMATIQUES			
Calcul mental	☐	☐	☐
Calcul écrit	☐	☐	☐
Résolution de problèmes	☐	☐	☐
Tables d’addition et de multiplication	☐	☐	☐
Vocabulaire mathématique (ex. plus que, moins que, double)	☐	☐	☐
Dessin ou reproduction de formes géométriques	☐	☐	☐

EN CONCLUSION

Quelles sont les principales forces et qualités de votre enfant ? (ex. *gentil, persévérant, créatif, curieux, de bonne humeur, autonome, sociable, serviable, empathique, débrouillard, organisé, imaginatif, affectueux, patient, généreux, bon sens de l'humour*)

L'enfant a-t-il déjà vécu des événements particulièrement stressants ou potentiellement traumatiques ? Si oui, préciser (à quel âge, quel événement) :

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

Y a-t-il autre chose que vous aimeriez nous mentionner concernant votre enfant ou votre famille avant l'évaluation ?

Signature : _____

Date : _____