

Questionnaire Famille

Merci de remplir ce questionnaire au sujet de votre enfant et de votre famille. Si certaines questions sont difficiles à remplir n'hésitez pas à contacter notre plateforme. Remplissez seulement les questions qui concerne l'âge et la situation de votre enfant.

Veuillez nous joindre avec le questionnaire une attestation de droit à l'assurance maladie de votre enfant.

Coordonnées de l'enfant

Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Nationalité :	Sexe : Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>
Adresse de l'enfant :	
Questionnaire rempli par : La mère <input type="checkbox"/>	Le père <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/>

Couverture sociale et droits en cours

Numéro de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché :
Dossier MDPH ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Envoyé le :
Motif de la demande :
100% ALD : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date de début/fin :

Coordonnées des parents

	Parent 1	Parent 2
Nom et prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Téléphone		
E-Mail		
Profession		
Autorité parentale (partagé, exclusive)		

Situation parentale

Mariés Vie maritale Pacsés Divorcés Séparés Famille Monoparentale Autre

Fratrie de l'enfant (frères et sœurs)

Nom / Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Problèmes de santé

Lieu de vie de l'enfant

Avec les deux parents <input type="checkbox"/> Avec la mère <input type="checkbox"/> Avec le père <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Famille recomposée <input type="checkbox"/>	
En Famille d'Accueil <input type="checkbox"/> Référent éducatif : Adresse : Téléphone : E-mail : Référent maternel : Adresse : E-mail : Téléphone :	En foyer <input type="checkbox"/> Nom du foyer : Référent éducatif : Téléphone du référent : E-mail du référent : Mesure AEMO / PEAD <input type="checkbox"/> Nom du référent éducatif : Adresse : Téléphone : Mail :

Mode de garde, scolarisation et loisirs

Crèche / Garderie :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Assistante maternelle :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Grands-parents :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Autre :			
 Ecole :	 Oui <input type="checkbox"/>	 Non <input type="checkbox"/>	
Classe :			
Maintien :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
 Nom et adresse de l'école :			
Votre enfant rencontre-t-il des difficultés à l'école ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Si oui lesquelles ?			
Adaptation scolaire :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
AESH :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
PPS / PPRE :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
PAI :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

Quels sont les loisirs de votre enfant ?

Antécédents familiaux

(Problèmes de santé, troubles du développement, troubles des apprentissages, autisme ou autres)

Mère :

Père :

Frères / Sœurs :

Entourage familial :

Antécédents médicaux de votre enfant

Souffre-t-il de problèmes de santé ? Si oui lesquelles ?

A-t-il été opéré ou en attente d'une opération ? Si oui précisez :

A-t-il des allergies ? Si oui lesquelles ?

A-t-il des traitements actuellement ? Si oui lesquels ?

Votre enfant a-t-il été ou est-il suivi par un professionnel de santé ? (Si oui merci de remplir le tableau ci-dessous et de joindre tous les bilans ou comptes rendus médicaux)

Professionnels	Coordonnées	Depuis quand ? motif du suivi ?
<input type="checkbox"/> Médecin généraliste		
<input type="checkbox"/> Pédiatre		
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute		
<input type="checkbox"/> Orthophoniste		
<input type="checkbox"/> Psychomotricien		
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute		
<input type="checkbox"/> Ophtalmologue		

<input type="checkbox"/> Orthoptiste		
<input type="checkbox"/> Psychologue		
<input type="checkbox"/> Pédiopsychiatre		
<input type="checkbox"/> ORL		
<input type="checkbox"/> CAMSP (ou sur liste d'attente)		
<input type="checkbox"/> CMP (ou sur liste d'attente)		
<input type="checkbox"/> CMPP (ou sur liste d'attente)		
<input type="checkbox"/> Autre		

Grossesse et accouchement

Avez-vous rencontré des difficultés médicales ou psychologiques pendant votre grossesse (Décès dans la famille, séparation, ...) ?

Comment s'est déroulé l'accouchement et la naissance de votre enfant (voie basse/césarienne, utilisation d'instruments, prématurité, faible poids de naissance, réanimation, enfant adopté, ...) ?

Développement de votre enfant

Pendant la première année de vie

Votre enfant a-t-il été : Allaité Alimentation mixte Biberon

Avait-il des problèmes de reflux ? Oui Non

Mangeait-il bien ? Oui Non

Comment s'est passé la diversification alimentaire ? A quel âge ?

Votre enfant a-t-il présenté des difficultés vis-à-vis de l'alimentation (longueur de repas, mange peu, fausses routes, types d'alimentations) ?

Votre enfant était plutôt : tonique Hypotonique Hypertonique

Dormait-il bien ? Si non précisez :

Développement

A quel âge votre enfant s'est-il assis sans aide ?

A quel âge votre enfant a-t-il marché sans aide ?

A quel âge a-t-il été propre le jour/la nuit ?

Langage et communication

- | | | | |
|---|---------------------------------------|---|---|
| Sourit-il en réponse à la personne qui s'occupe de lui ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Tourne-t-il les yeux et la tête en direction d'un son ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Tend-il les bras quand la personne qui s'occupe de lui habituellement dit « viens » ou « debout » ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Comprend-il la signification du « non » ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Comprend-il le sens de « oui » ou de « d'accord » ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Fait-il des mimiques et des gestes appropriés pour indiquer « oui » « non » et « je veux » ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Imite-t-il les sons des adultes après les avoirs entendus ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Montre-t-il du doigt avec précision au moins une des principales parties de son corps quand on le lui demande ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Dit des mots ? Si oui âge d'acquisition ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Peut-il associer deux mots (« papa pati », « veux gato ») | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Peut-il faire une phrase ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Peut-il répéter des mots ou phrases ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Vous regarde-t-il quand il vous parle ou quand vous lui parlez ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Comprend-il les consignes orales (quand vous lui parlez) ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Comment se fait-il comprendre des adultes ? | <input type="checkbox"/> Par des mots | <input type="checkbox"/> Par des gestes | |
| Comment vous montre-t-il quelque chose ? | <input type="checkbox"/> Parole | <input type="checkbox"/> Pointage | <input type="checkbox"/> Vous prend la main |
| Parle-t-il fort ou faut-il répéter ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Entend-il mal ou monte-t-il le son ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Ecoute-t-il une histoire pendant plus de 5min ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Fait-il des jeux d'imitation sociale (dinette, ménage, téléphone, ...) ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| A-t-il tendance à s'isoler (en classe ou à la maison) ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Peut-il jouer seul dans une pièce ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Recherche-t-il la présence des autres enfants ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| A-t-il des copains ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Va-t-il vers les adultes ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Dit-il bonjour, au revoir, merci spontanément ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| A-t-il des routines ou des rituels à la maison ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Peut-il être contrarié par des changements dans ces habitudes ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Si oui précisez : | | | |

A-t-il un intérêt particulier pour certains jeux ou certains sujets ? Oui Non
Si oui préciser :

Psychomotricité – repérage spatio-temporel – apprentissage

Votre enfant est-il maladroit ? Oui Non
A-t-il des difficultés pour courir (lourd, trébuché souvent, pataud) ? Oui Non
A-t-il des difficultés dans les activités motrices (marelle, corde à sauter) ? Oui Non
Sait-il faire du vélo sans petites roues ? Si oui depuis quel âge ? Oui Non
A-t-il des difficultés pour certains sports (individuels ou collectifs) ? Oui Non
A-t-il des difficultés pour s'habiller seul ? Oui Non
A-t-il des problèmes pour organiser ses affaires d'école ? Oui Non
Est-il à l'aise dans l'utilisation des couverts pour manger ? Oui Non
Est-il à l'aise dans l'utilisation des outils scolaires ? Oui Non
Aime-t-il dessiner ? Oui Non
Ecrit-il mal ou lentement ? Oui Non
Fait-il des puzzles et/ou des jeux de construction (Kappla, Legos) ? Oui Non
Est-il attiré par les activités manuelles (gommettes, pâte à modeler, ...) ? Oui Non
Connaît-il la droite et la gauche sur autrui ? Oui Non
Se repère-t-il dans les jours de la semaine ? Oui Non

Sommeil – alimentation

Votre enfant a-t-il des problèmes de sommeil ? Oui Non
Si oui préciser lesquels (s'endort difficilement, se réveille trop tôt, pendant la nuit) :
Dort-il dans le lit parental une partie de la nuit ? Oui Non
Votre enfant a-t-il des goûts alimentaires particuliers ? Oui Non
Est-il sélectif dans son alimentation ? Oui Non
Y-a-t-il des textures ou des catégories d'aliments qu'il ne mange pas ?
Si oui préciser :

Comportement :

Votre enfant bouge-t-il tout le temps ? Oui Non
Se met-il souvent en danger ? Oui Non
Se montre-t-il le plus souvent étourdi (oubli, perte de ses affaires) ? Oui Non
Peut-il attendre son tour quand il joue ou pour parler ? Oui Non

Peut-il mener à son terme une activité prolongée ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
A-t-il des difficultés pour rester assis à table le temps du repas ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Se met-il en colère facilement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-il bagarreur ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Se montre-t-il opposant pour les règles de la vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-il habituellement gêné par des bruits, des odeurs, des textures ? Si oui lesquels ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Selon vous passe-t-il beaucoup de temps devant les écrans ? Combien de temps par jour ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Vie affective et émotionnelle :

Est-il souvent angoissé ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Exprime-t-il de la tristesse ? Si oui à quel moment ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Exprime-t-il des peurs et/ou des préoccupations de la vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Exprime-t-il des inquiétudes à votre égard ou sur sa santé physique ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Refuse-t-il de partir plusieurs jours chez une autre personne que ses parents ? (Grands-parents, amis, famille)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
N'a pas envie de jouer (il faut le pousser sans arrêt) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Se dévalorise (je n'y arriverai pas, je suis nul, ...) ? Si oui à quel moment ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

En collectivité :

Difficultés concernant :

Le comportement ?

L'attention ?

Les apprentissages scolaires ?

 Le langage ?

 La lecture ?

 L'écriture ?

 Les mathématiques ?

Si oui préciser :

Commentaires libres :

Nous vous remercions par avance du temps investi pour remplir ce questionnaire, il nous aidera pour vous faire des propositions adaptées pour les bilans et suivis de votre enfant.

En sollicitant la plateforme, vous autorisez l'équipe de coordination à échanger des informations avec les professionnels de santé de votre enfant.

Fait leA

Signature des parents :

Ce document intégrera le dossier de l'utilisateur de votre enfant et sera soumis à la confidentialité à ce titre, les données personnelles recueillies seront traitées conformément à la loi informatique et liberté modifiée par le règlement européen de protection des données.