

Les informations recueillies sur cette fiche sont confidentielles. Pour permettre qu'elles soient jointes au dossier de votre enfant lorsqu'il sera transmis au médecin de la plateforme, vous devez la remettre (ou l'envoyer) à votre médecin ou au médecin de l'Éducation nationale. Ce document ne pourra pas être communiqué à des tiers sans votre consentement. Si une réunion d'équipe éducative est organisée, vous pouvez vous munir de ce document pour y assister et choisir les informations que vous acceptez de partager avec les autres participants de cette réunion.

Si vous souhaitez parler du contenu de ce questionnaire au moment où vous le renseignez, vous pouvez le remplir avec votre médecin pendant une consultation de repérage des troubles de l'enfant (CTE) d'une durée plus longue qu'une consultation habituelle (parlez-en à votre médecin).

Si certaines questions ne concernent pas votre enfant, vous pouvez ne pas y répondre.

APPRENTISSAGES SCOLAIRES	OUI, BEAUCOUP	OUI, PLUTÔT	UN PEU	PAS DU TOUT
Votre enfant a-t-il du mal à lire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il des difficultés avec l'orthographe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écriture de votre enfant est-elle difficile à lire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant écrit-t-il lentement (par exemple, il n'a pas le temps de copier ses leçons ou ses devoirs dans son cahier de textes) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il des difficultés pour manier des chiffres, faire des calculs (compter l'argent, dénombrer des objets, estimer des grandeurs, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant est-il en difficulté pour utiliser le matériel de l'école (ciseaux, compas, règle) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le travail à la maison est-t-il un moment difficile (refus, temps excessif, conflit, manque d'autonomie...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant dit qu'il n'aime pas aller à l'école (manque de motivation, malade les jours de contrôle, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des inquiétudes par rapport aux apprentissages scolaires de votre enfant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIE QUOTIDIENNE	OUI, BEAUCOUP	OUI, PLUTÔT	UN PEU	PAS DU TOUT
Votre enfant a-t-il du mal à s'exprimer car il manque de vocabulaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il du mal à s'exprimer car il construit mal ses phrases ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il du mal à s'exprimer car il déforme beaucoup les mots ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il du mal à comprendre le langage (consignes, histoires) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant éprouve-t-il des difficultés à rassembler ses idées pour formuler une phrase ou exprimer sa pensée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant évite-t-il ou est-il en difficulté dans les activités physiques, les jeux sportifs (par ex. le vélo) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il du mal à lancer ou rattraper une balle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il des difficultés pour s'habiller seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant rencontre-t-il des difficultés pour attacher ses lacets ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant se montre-t-il fréquemment maladroit (renverse ou fait tomber des objets, se cogne, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pendant les repas, votre enfant a-t-il des difficultés pour utiliser les couverts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant rejette-t-il systématiquement certains aliments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il tendance à avoir des intérêts particuliers et peu nombreux, à parler toujours de la même chose, à s'attacher excessivement à un objet, etc. en ayant du mal à s'intéresser à autre chose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il des difficultés à maintenir son attention sur les tâches et dans les jeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il la bougeotte (remue les mains et les pieds ou se tortille sur son siège, a du mal à rester assis, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant se montre-t-il impulsif ou impatient (agit sans réfléchir, coupe la parole etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant est-il désordonné, brouillon ? A-t-il du mal à ranger ses affaires, sa chambre, son bureau, son cartable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il du mal à se repérer dans le temps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il du mal à se repérer dans l'espace ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant supporte-t-il difficilement certains environnements sensoriels (bruit, lumière, odeurs...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il régulièrement des problèmes de sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VIE SOCIALE

OUI, BEAUCOUP

OUI, PLUTÔT

UN PEU

PAS DU TOUT

Votre enfant vous semble-t-il plutôt solitaire, ne cherchant pas à jouer avec d'autres enfants ?

Avez-vous l'impression que votre enfant a des difficultés à se faire et à garder des amis ?

Votre enfant est-il souvent en conflit avec les adultes, désobéissant, provocateur ?

Votre enfant a-t-il du mal à comprendre certaines règles sociales ?

Une fois que votre enfant a appris des règles sociales, a-t-il du mal à accepter que ces règles ne soient pas respectées à la lettre ?

Votre enfant a-t-il du mal à attendre son tour (à l'école, dans les jeux, etc.) ?

Votre enfant interrompt-il facilement les autres ?

Votre enfant parle-t-il fréquemment seul ou sans chercher à communiquer avec autrui ?

Votre enfant a-t-il des réactions disproportionnées (colères, peurs, etc.) ?

Votre enfant a-t-il du mal à exprimer ses émotions ?

Votre enfant a-t-il du mal à comprendre les émotions d'autrui ?

Votre enfant a-t-il du mal à regarder les autres personnes dans les yeux ?

**DANS QUELS DOMAINES OU QUELLES ACTIVITÉS PENSEZ-VOUS QUE VOTRE ENFANT SE SENT LE PLUS À L'AISE, S'INVESTIT VOLONTIERS, ÉPROUVE DU PLAISIR, ETC. :**

---

---

---

---

---

**AVEZ-VOUS EU L'OCCASION D'ÉVOQUER LES DIFFICULTÉS DE VOTRE ENFANT AVEC UN MÉDECIN ?**

---

---

---

---

---

**AVEZ-VOUS EU L'OCCASION D'ÉVOQUER LES DIFFICULTÉS DE VOTRE ENFANT AVEC UN AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ : PSYCHOLOGUE, ORTHOPHONISTE, PSYCHOMOTRICIEN, ERGOTHÉRAPEUTE, ORTHOPTISTE, ETC. ? SI UN OU PLUSIEURS BILANS ONT ÉTÉ RÉALISÉS, MERCI DE LE(S) JOINDRE AFIN QU'ILS PUISSENT ÊTRE CONSULTÉS PAR LES ÉQUIPES MÉDICALES.**

---

---

---

---

---

**À L'ÉCOLE, QUE VOUS DIT L'ENSEIGNANT SUR LE TRAVAIL DE VOTRE ENFANT ET SA VIE D'ÉLÈVE ? EST-CE QU'UNE AIDE PÉDAGOGIQUE LUI A ÉTÉ PROPOSÉE ?**

---

---

---

---

---

**AUTRES OBSERVATIONS**

---

---

---

---

---

