

Questionnaire concernant votre enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse parent 1 :

N° de ☎ de la mère :

Adresse parent 2 si différente :

N° de ☎ du père :

Nom du médecin de famille :

I - Santé

Votre enfant a-t-il déjà présenté des problèmes de santé ? OUI NON
Si OUI, lesquels :

A-t-il déjà consulté des spécialistes ? (ophtalmologue, dentiste, orthophoniste etc.) OUI NON
Si OUI, lesquels ?
Dates :

Suit-il un traitement médical ? OUI NON

II – Vie quotidienne

Propreté

- de jour OUI NON
- de nuit OUI NON

Alimentation

Votre enfant mange-t-il bien ? OUI NON
Mange-t-il de tout ? OUI NON
Grignote-t-il entre les repas ? OUI NON
Quel type de boisson consomme-t-il ?

Sommeil

Votre enfant dort-il bien ? OUI NON
Heure du coucher : _____ Heure de lever : _____
Votre enfant est-il facilement fatigué ? OUI NON

Activités

Comment occupe-t-il son temps libre ?
Nombre d'heures par jour passé devant les écrans (télé, console, tablette, smartphone...) :

III – Comportement et communication

Votre enfant est-il anxieux ? OUI NON
Si oui, dans quelle circonstance ?

Votre enfant est-il agité ? OUI NON
Si oui, dans quelle circonstance ?

Votre enfant rencontre-t-il des difficultés particulières (domicile, école...etc.) ? OUI NON
Si oui, lesquelles ?

Votre enfant va-t-il facilement vers les autres ?
- enfants OUI NON
- adultes OUI NON

Votre enfant a-t-il du mal à se séparer de vous ? OUI NON

IV– Vision - audition

Avez-vous l'impression que votre enfant :
Ne voit pas bien ? OUI NON
N'entend pas bien ? OUI NON
Ne parle pas bien (prononciation, langage...) ? OUI NON

V– Autres remarques