**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** | |  |  |
|  | |  |  |