

## QUESTIONNAIRE INFORMATION PREPARATOIRE A L'ENTRETIEN

Afin de préparer notre RDV, je vous invite à compléter ce questionnaire. **Vous pouvez le compléter directement sans l'imprimer.** Il me permettra d'orienter mes questions, identifier la pertinence et le type d'examen à réaliser. Il est un peu long ; prenez donc tout le temps de le compléter. Ne vous inquiétez pas si vous ne savez pas répondre à toutes les questions ou si certaines questions ne vous concernent pas.

**Lors du premier entretien, il est impératif d'avoir en votre possession tous les bilans déjà réalisés ainsi que les bulletins scolaires depuis le CP.**

Notre RDV s'effectuera par visio ou au cabinet à l'adresse suivante :

Pôle Enfant – Technopôle Var Matin  
293 Route de la Seyne  
Bat E. Premier Etage (Par l'escalier extérieur du bâtiment)  
83190 Ollioules  
Tél : 06.10.14.89.24  
[www.patrice-gueit.fr](http://www.patrice-gueit.fr) // e-mail : [contact@patrice-gueit.fr](mailto:contact@patrice-gueit.fr)

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS et GENERAUX

Nom/Prénom de l'enfant :

Date de Naissance :  Classe :

Nom/Prénom de la mère :  Tél :

E-mail de contact :

Nom Prénom du père :  Tél :

E-mail de contact :

Nom de l'école :  Tel :

Nom de l'enseignant ou professeur principal :

Coordonnées enseignant : (téléphone et/ou e-mail) :

Motif principal de votre prise de RDV :

Une évaluation de l'intelligence type WISC a-t-elle déjà été réalisée par un psychologue ?

OUI  NON

Avez vous en votre possession le document de restitution de cet examen :

OUI  NON

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX GENERAUX**

Qualifiez-vous la grossesse de "normale"? :  OUI  NON

Si non, quelles difficultés avez vous rencontrées ? :

L'accouchement a t-il été :

A terme  Après terme  Prématuré Si oui de combien :

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ou opéré ?  OUI  NON

Si oui, à quelle date et pour quelles raisons :

Votre enfant suit-il actuellement un traitement médicamenteux ? :  OUI  NON

Si oui, lequel et pour quel motif ?

Votre enfant est-il suivi par un pédiatre ?  OUI  NON

La vue a-t-elle été contrôlée (ophtalmologiste) :  OUI  NON

Votre enfant a-t-il des lunettes ?  OUI  NON

L'audition a-t-elle été contrôlée par un audiogramme ?  OUI  NON

Heure du coucher :

Heure du réveil :

Votre enfant peine-t-il à s'endormir ?  OUI  NON

Si oui, pour quelles raisons ?

Reveils nocturnes ?  OUI  NON

Ronflement ?  OUI  NON

Cauchemars fréquents ?  OUI  NON

Fatigue au réveil ?  OUI  NON

Transpiration excessive ?  OUI  NON

Age des premiers pas :

Age des premiers mots :

Des premières phrases :

Votre enfant a-t-il été en crèche ?  OUI  NON

Si oui, vous a-t-on signalé des difficultés ?  OUI  NON

Si oui, portaient-elles sur :

Attention  Agitation  Langage  Motricité  Communication / liens sociaux

En maternelle, vous a-t-on signalé des difficultés ?  OUI  NON

Si oui, portaient-elles sur :

Attention  Agitation  Langage  Motricité  Communication / liens sociaux

**ENTREE AU CP**

Votre enfant a-t-il présenté des difficultés pour décoder les mots ?  OUI  NON

Votre enfant a-t-il présenté des difficultés pour comprendre les mots, les consignes ?

OUI  NON

Un bilan en orthophonie a-t-il été réalisé ?  OUI  NON

Votre enfant a-t-il présenté des difficultés en graphisme? :  OUI  NON

Vous a-t-on évoqué une maladresse gestuelle globale (courir, sauter, jouer avec une balle..)?

OUI  NON

Avez-vous constaté une maladresse dans les activités de vie quotidienne (habillage, lacets, utilisation des couverts, toilette) ?

OUI  NON

Vous a-t-on signalé d'autres difficultés ?  OUI  NON

Si oui, portaient-elles sur :

Attention  Agitation  Opposition  Violence

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un suivi particulier par l'école ?  OUI  NON

Des matières étaient-elles plus difficiles que d'autres ?  OUI  NON

Si oui lesquelles ?

**ELEMENTS FAMILIAUX**

Veillez-indiquer nombre et âge des frères et soeurs ?

Les relations au sein de la fratrie sont-elles ?

Faciles  Conflictuelles

Les parents sont-ils séparés ?  OUI  NON

Si oui, quel est le mode de garde ?

L'autorité parentale est-elle conjointe ?  OUI  NON

La "gestion" des devoirs est-elle confiée à un parent en particulier  OUI  NON

Si oui lequel et pourquoi ? :

Consommation approximative d'écrans (téléphone, TV, consoles, ordinateur) par jour en heure:

Intérêt aux écrans :  Faible  Fort  Problématique

Les règles de consommation sont-elles contrôlées par les parents ?

OUI  NON  Partiellement

Votre enfant pratique-t-il une activité sportive ?  OUI  NON

Si oui laquelle et combien d'heures par semaine

Votre enfant pratique-t-il une activité artistique ?  OUI  NON

Si oui laquelle et combien d'heures par semaine ?

Autres Activités extrascolaires ?

La mère a-t-elle rencontré des difficultés scolaires ?  OUI  NON

A t-elle suivi des séances d'orthophonie ?  OUI  NON

Diplôme obtenu ?

Profession : ?

Le père a-t-il rencontré des difficultés scolaires ?  OUI  NON

A t-il suivi des séances d'orthophonie ?  OUI  NON

Diplôme obtenu ?

Profession : ?

Y-a-t-il des troubles d'apprentissages diagnostiqués ou suspectés au sein de la famille ?

OUI  NON

Si oui, à quel niveau de parenté :

Parents  Fratrie  Cousin(e)  Oncle/Tante  Grand-parent

Si oui, quel type de trouble a été évoqué :

Dyslexie  Trouble de l'Attention  Hyperactivité  Dyspraxie / Dysgraphie

Le climat familial est-il marqué ou a-t-il été marqué par certaines tensions entre les parents ?

OUI  NON

Des événements familiaux (décès, déménagements, changement de situation professionnelle...) ont-ils eu lieu durant cette année ?

OUI  NON

## SUIVI EN COURS / ADAPTATIONS SCOLAIRES

Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi actuellement ?  OUI  NON    oui, lesquels ?

Orthophonie

Debut de la prise en charge et fréquence :

Un bilan a-il été réalisé ?  OUI    NON

Psychomotricité

Debut de la prise en charge et fréquence :

Un bilan a-il été réalisé ?  OUI    NON

Ergothérapie

Debut de la prise en charge et fréquence :

Un bilan a-il été réalisé ?  OUI    NON

Psychologique

Debut de la prise en charge et fréquence :

Un bilan a-il été réalisé ?  OUI    NON

Autres (orthoptiste, psychiatrique, neurologique, suivi scolaire...)

Précisez le type de suivi, début de la prise en charge et fréquence :

Des aménagements pédagogiques ont-ils été mis en place ?  OUI     NON

Si oui lesquels ? (PAP, PPRE, AESH, autres...)

Une équipe éducative a-t-elle été réalisée ?  OUI     NON

## ACTUELLEMENT

Votre enfant présente-t-il de manière générale plutôt des :

Facilités     Difficultés

S'il présente des difficultés, indiquez dans quel domaine :

Attention     Agitation     Compréhension des consignes     Graphisme

Violence     Provocation     Relations sociales     Inhibition Sociale / Retrait

Y-a-t-il des matières scolaires significativement plus difficiles que d'autres ?

Trouvez vous votre enfant ?

Anxieux    Déprimé   Démotivé    Manquant de confiance en lui    En colère

Trouvez-vous que votre enfant se soit isolé de ses camarades depuis peu ?

OUI    NON

Les comportements de votre enfant vous semblent-ils différents à l'école et à la maison ?

OUI    NON

Constatez vous une dégradation de la qualité du sommeil ?  OUI    NON

Constatez-vous une prise ou perte de poids significative ?  OUI    NON

Consommation de substances (alcool, drogues, tabac ) ?  OUI    NON

Tous ces éléments impactent-ils la qualité de vie de la famille ?  OUI    NON

Indiquez si le questionnaire a été complété par :

La mère seule    Le père seul    Les deux parents

**Merci pour votre enfant d'avoir complété ce questionnaire. N'imprimez pas ce document.  
Vous pouvez me le renvoyer par mail : [contact@patrice-gueit.fr](mailto:contact@patrice-gueit.fr) ou l'amener avec vous sur support USB. Au plaisir de nous rencontrer.**