

Questionnaire parental en vue de la visite avec le Médecin de l'éducation nationale

Questionnaire concernant l'enfant : Né le : à
Questionnaire rempli par [] le père [] la mère
Visite médicale du/...../ 201..... prévue au cabinet médical de l'établissement scolaire.

Apporter le carnet de santé, tout bilan, compte rendu et ordonnance en cours

Antécédents

Grossesse et naissance (signaler si petit poids, prématurité, difficulté à la naissance, adoption,)

Age de la marche
Votre enfant a-t-il eu des difficultés de langage plus jeune ? oui non
A-t-il déjà eu de l'orthophonie oui non

Traitements en cours oui non

Si oui, le(s)quel(s) :

Hospitalisations oui non

Si oui nombre, lieux et motifs

Antécédents familiaux de dysphasie, dyslexie, dyspraxie, précocité, TDHA, autre oui non

Si oui, précisez :

Conditions de vie

Situation parentale parents vivant dans le même foyer oui non
Famille monoparentale oui non
Famille recomposée oui non

Evénements familiaux marquants: oui non

Si oui lequel

Composition de la famille (Enfants : prénoms et âges et adultes présents à la maison)

Activité du père Activité de la mère

Loisirs : Temps quotidien passé devant la TV
Temps quotidien passé devant les jeux vidéo
Temps quotidien passé devant l'ordinateur
Temps quotidien moyen passé dans des activités d'extérieur
Temps quotidien seul chez lui

Alimentation : votre enfant

A-t-il des allergies connues oui non

Si oui, lesquelles

Nom/Prénom/Téléphone de l'allergologue

Prend un goûter à l'école le matin ? oui non

Mange-t-il entre les repas (grignotage) ? oui non

Faut-il le forcer ou le freiner pour manger ? oui non

Prend au moins un repas par jour avec les parents ? oui non

Prend un petit déjeuner ? oui non

Boit-il uniquement de l'eau (pas de soda, coca, sirop ...) oui non

Prend-il un goûter l'après-midi ? oui non

Composition ?

Se brosse les dents tous les jours ? oui non

Sommeil : votre enfant

Dort-il dans le lit des parents une partie de la nuit ? oui non

Prend-il un biberon la nuit ? oui non

Ronfle-t-il régulièrement la nuit ? oui non

S'endort-il facilement et dort-il bien sans se réveiller oui non

Heure du coucher

Heure du lever

Autonomie et habileté : votre enfant

Aime-t-il dessiner ? oui non

Est à l'aise pour manger avec l'utilisation de la fourchette et du couteau ? oui non

Sait-il s'habiller seul ? oui non

Sait découper avec des ciseaux ? oui non

Est-il à l'aise avec les puzzles et les activités de construction ? oui non

Est-il attiré par les activités manuelles (bricolage, gommettes, pâte à modeler) ? oui non

Contrôle sphinctérien : votre enfant est-il

Propre de jour oui non
 Propre de nuit oui non
 A-t-il des accidents dans la journée (slip taché ? gouttes ?..) oui non

Psychomoteur : votre enfant

Connaît-il la droite et la gauche ? oui non
 Connaît-il les jours de la semaine ? oui non

Comportement : votre enfant

Bouge-t-il tout le temps ? oui non
 Se met-il souvent en danger (risques inconsidérés)? oui non
 Se met-il en colère à la moindre contrariété ? oui non
 Se montre-t-il le plus souvent étourdi (oublie, perd ses affaires personnelles) ? oui non
 Se montre-t-il bagarreur et/ou opposant ? oui non
 Peut-il attendre son tour quand il joue ou pour parler ? oui non
 Peut-il mener jusqu'à son terme une activité prolongée ? oui non

Vie affective : votre enfant

Est-il souvent angoissé ? oui non
 Exprime-t-il de la tristesse ? oui non
 Exprime-t-il des peurs et/ou des préoccupations gênant sa vie quotidienne
 (Sur la saleté, les microbes, ou l'ordre par exemple)? oui non
 Exprime-t-il souvent des inquiétudes à votre égard ou sur sa santé physique ? oui non
 Refuse-t-il de partir plusieurs jours chez une autre personne que les parents
 (Grands-parents, amis, famille ...) oui non

Vie relationnelle : votre enfant

A-t-il tendance à s'isoler (en classe et/ou à la maison ? oui non
 Peut-il jouer seul dans une pièce oui non
 Est-il très timide voir renfermé ? oui non
 Parait-il parfois bizarre dans ses propos ou son comportement ? oui non

Audition

Trouble de l'audition déjà détecté ou suivi ORL en cours oui non

Votre enfant

Parle-t-il fort ? oui non
 Fait-il répéter ? oui non
 Entend-il mal ou monte-t-il le son de la télé ? oui non
 Entend-il mal quand il y a du bruit autour ? oui non
 Comprend-il tout ? oui non

Vision

Trouble de la vision déjà détecté ou suivi ophtalmologique en cours oui non
 Examen ophtalmique réalisé depuis moins de 6 mois oui non

Difficulté signalée à l'école ?

Si oui laquelle oui non
 A t'il un PAI médicamenteux oui non
 Est-il suivi par un CAMSP, un CMPP, un CMP, un RASED ? oui non
 Lequel / Nom du contact ?
 Pour quelle raison ?

A t'il un dispositif d'accompagnement pédagogique (PPRE, PAP, PPS...) oui non

Votre enfant a-t-il déjà vu un psychologue ? oui non

Si oui pourquoi, combien de temps et par qui ?

Nom Prénom de chacun des parents :

Adresse :

Téléphone fixe et mobile des parents :

Email des parents :

Nom/Prénom et téléphone du Médecin traitant :

Signature Père

Signature Mère

Signature Autre