

Questionnaire aux parents  
**Éducation préscolaire**

**1. Identification de votre enfant**

Nom de votre enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :  F  M

Votre enfant vit avec :

Ses deux parents

Sa mère

Son père

En alternance

Famille d'accueil

Un tuteur

son nom :

Votre enfant a-t-il des frères et sœurs ?

Oui

Non

Si oui, son rang dans la famille : \_de

Nom(s) des frères et sœurs	Âge

Quelle(s) langue(s) parlez-vous à la maison avec votre enfant ?

Père :

Français

Anglais

Autre (précisez) :

Mère :

Français

Anglais

Autre (précisez) :

Quelle(s) langue(s) parle votre enfant ?

Français

Anglais

(précisez) :

Votre enfant :

Pas du tout

Un peu

Beaucoup

Comprend le français

Peut s'exprimer en français

À quel âge votre enfant a-t-il été exposé au français ?

Êtes-vous de nouveaux arrivants au pays ?

Oui

Non

Si oui depuis quand ?

**Santé**

Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux (hospitalisation, opérations, allergies, naissance prématurée, troubles du sommeil, otites à répétition, etc.) qui nécessitent une attention particulière.

Oui

Non

Si oui, précisez lesquels :

Votre enfant doit-il prendre une médication particulière ?

Oui

Non

Si oui, laquelle :

Fréquence de la médication :

Votre enfant a-t-il déjà consulté des professionnels de la santé et des services sociaux  Oui  Non

Psychologue

Orthophoniste

Intervenants du CLSC

\* Si vous détenez un rapport d'évaluation, il serait important de nous le faire parvenir.

Avez-vous déjà consulté des spécialistes ? Si oui, lesquels ?

Dentiste

Pédiatre

Votre enfant a-t-il déjà passé un test pour :

La vision (optométriste) ?  Oui  Non

## 2. Développement langagier

Dans sa langue maternelle, votre enfant :

	Oui	Non
Comprend facilement ce que je lui dis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprend les consignes et les questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prononce les mots clairement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'exprime à l'aide de phrases complètes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demande facilement ce qu'il veut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se fait comprendre par des étrangers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

À la maison, votre enfant se fait-il raconter des histoires ou des contes ?

Tous les jours  1 à 2 fois par semaine  À l'occasion

## 3. Développement socio-affectif

Comment décririez-vous le caractère de votre enfant ?

Sensible  Impulsif  Calme  Sociable  
 Anxieux  Agité  Timide  Solitaire  
 Colérique  Énergique

Comment se comporte votre enfant avec les autres enfants ?

Échange de façon harmonieuse avec eux  Recherche leur compagnie  
 Recherche la compagnie d'un(e) seul(e) ami(e)  Joue souvent seul  
 A besoin de soutien pour entrer en relation  S'impose  
 Observe, sans jouer avec les autres

Votre enfant est-il facilement inquiet lorsqu'il :

Est en présence de nouvelles personnes  Oui  Non  
Fait face aux situations nouvelles  Oui  Non

Quelles sont les activités préférées de votre enfant ?

Casse-tête  Musique  Ordinateur (tablette)  
 Livre  Télévision  Jeux et sports extérieurs  
 Jouets  Dessin  Jeux vidéo  
 Bricolage  Autre(s) :

## 4. Expériences de vie de groupe

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté une garderie ou une prématernelle ?  Oui  Non

Si oui, quel type de garderie a-t-il fréquenté ?  Milieu familial  CPE  Privée

Quel est le nom de l'établissement ?

Quelle est la principale langue utilisée ?  Français  Anglais  Autre

Votre enfant a-t-il l'habitude d'être avec d'autres enfants en dehors de la famille ou de la garderie ?

Oui, précisez :  Natation  Soccer  Patin  Karaté  
 Camp de jour  autre :  
 Non

Désirez-vous ajouter d'autres informations qui nous aideraient à mieux connaître votre enfant ?

Merci de votre précieuse collaboration !