

Questionnaire aux parents Éducation préscolaire

1. Identification de votre enfant

Nom :
Prénom:
Prénom utilisé à la maison :
Sexe :
Date de naissance :

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	Degré scolaire

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut s'exprimer en français	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- 1 an 2 ans 3 ans 4 ans 5 ans

Êtes-vous de nouveaux arrivants au pays ? Oui Non

Si oui depuis quand ?

2. 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.**

Il y a-t-il des activités ou situations que votre enfant n'aime pas ou gère plus difficilement (ex : les bruits forts, les hauteurs ou les changements de routine).

Quelles sont les activités préférées de votre enfant ?

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Casse-tête | <input type="checkbox"/> Musique | <input type="checkbox"/> Ordinateur (tablette) |
| <input type="checkbox"/> Livre | <input type="checkbox"/> Télévision | <input type="checkbox"/> Jeux et sports extérieurs |
| <input type="checkbox"/> Jouets | <input type="checkbox"/> Dessin | <input type="checkbox"/> Jeux vidéo |
| <input type="checkbox"/> Bricolage | <input type="checkbox"/> Autre(s) : | |

5. 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 Église autre :
- Non

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

Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses ces informations ont pour but de permettre à l'école de vous soutenir et d'accompagner votre enfant dans sa transition vers la maternelle.

Merci de votre précieuse collaboration !