**Madame, Monsieur,**

Votre enfant a prochainement rendez-vous dans notre Unité. Pour mener à bien notre démarche diagnostique, nous avons besoin de rassembler de nombreux éléments concernant son histoire médicale, sa scolarité et la façon dont il.elle s’est développé.e et a grandi. Nous vous proposons de remplir le questionnaire suivant et d’en garder une copie, elle pourrait servir aux autres professionnels que vous seriez amenés à rencontrer. Vous pouvez annoter ce questionnaire pour préciser certaines réponses, il n’en sera que plus pertinent. Ce questionnaire est long, prenez le temps d’y répondre à un moment où vous êtes tranquille. Vous pouvez bien entendu y répondre en plusieurs fois.

Si vous n’êtes pas présent pour la consultation médicale de votre enfant merci de lui remettre ce questionnaire ou de nous le faire parvenir avant sa consultation, par mail. Faites-lui également parvenir **le carnet de santé, des photocopies des bilans déjà éventuellement effectués,** et si vous y avez accès facilement, les livrets/bulletins scolaires.

NOM et prénom de votre enfant : Cliquez ici pour taper du texte.

Date de naissance : Cliquez ici pour taper du texte.

**HISTOIRE MEDICALE**

**TRAITEMENT MEDICAMENTEUX ACTUEL (si vous le connaissez)**

Cliquez ici pour taper du texte.

**ALLERGIES :**

Cliquez ici pour taper du texte.

**INTERVENTIONS CHIRURGICALES de 0 à 18 ans**

Dates et motifs :

Cliquez ici pour taper du texte.

**MALADIES DANS L'ENFANCE** : (préciser l’année ou les années)

[ ]  Reflux Gastro-œsophagien (RGO)

[ ]  Otites multiples [ ]  Pose de diabolos (année : Cliquez ici pour taper du texte.)

[ ]  Bronchiolites (année : Cliquez ici pour taper du texte.)

[ ]  Angines multiples

[ ]  Troubles digestifs (diarrhée et/ou constipation pendant plusieurs semaines)

[ ]  Jaunisse

[ ]  Taches de naissance

[ ]  Piqûre de tique (année : Cliquez ici pour taper du texte.)

[ ]  Carence en fer

[ ]  Chute avec traumatisme crânien [ ]  Avec perte de connaissance

[ ]  Epilepsie

[ ]  Fractures, plaies ayant nécessité des points de sutures

[ ]  Suivi régulier par le médecin traitant ou un spécialiste

Pour quelle raison ? Cliquez ici pour taper du texte.

[ ]  Autre : Cliquez ici pour taper du texte.

**ANTECEDENTS DANS LA FAMILLE (parents, grands-parents, oncles et tantes, frères et sœurs)** :

[ ]  Maladies physiques notables

 [ ]  Problèmes respiratoires

 [ ]  Problèmes cardiaques

 [ ]  Problèmes de thyroïde

 [ ]  Problèmes de sommeil

 [ ]  Epilepsie

 [ ]  Autre : Cliquez ici pour taper du texte.

[ ]  Problèmes psychologiques et / ou psychiatriques (ex :stress, angoisses, problème de moral, problème d’alcool, consommation de drogue, cannabis…)

 Détaillez (qui et quoi) : Cliquez ici pour taper du texte.

[ ]  Problèmes d’apprentissages [ ]  Parents [ ]  Fratrie

[ ] Orientation en établissement spécialisé des parents ou de la fratrie

[ ]  Niveau d’étude (ex : BEP, bac+3) père : Cliquez ici pour taper du texte.

[ ]  Niveau d’étude mère : Cliquez ici pour taper du texte.

 [ ]  Niveau d’étude des frères et sœurs : Cliquez ici pour taper du texte.

**SOINS ET REEDUCATIONS REALISES DURANT ENFANCE ET ADOLESCENCE :**

**BILANS EFFECTUES (Mettre si possible en regard la date approximative)** :

[ ]  Bilan ophtalmologique (date : Cliquez ici pour taper du texte.)

[ ]  Bilan orthoptique (date : Cliquez ici pour taper du texte.)

[ ]  Audiogramme (date : Cliquez ici pour taper du texte.)

[ ]  Bilan psychologique ou neuropsychologique (date : Cliquez ici pour taper du texte.)

[ ]  Bilan orthophonique (date : Cliquez ici pour taper du texte.)

[ ]  Bilan psychomoteur (date : Cliquez ici pour taper du texte.)

[ ]  Bilan d’ergothérapie (date : Cliquez ici pour taper du texte.)

[ ]  Autre :Cliquez ici pour taper du texte. (date : Cliquez ici pour taper du texte.)

**MEDICAMENTS PSYCHOTROPES** (agissant sur le cerveau) **PRIS PAR LE PASSE**

Nom : Cliquez ici pour taper du texte. Dose : Cliquez ici pour taper du texte.

Date : Cliquez ici pour taper du texte.

Nom : Cliquez ici pour taper du texte. Dose : Cliquez ici pour taper du texte.

Date : Cliquez ici pour taper du texte.

Nom : Cliquez ici pour taper du texte. Dose : Cliquez ici pour taper du texte.

Date : Cliquez ici pour taper du texte.

**RECONNAISSANCE MDPH DANS L’ENFANCE et L’ADOLESCENCE**

[ ]  Aide Humaine (nb d’heures par semaine : Cliquez ici pour taper du texte.)

[ ]  AEH [ ]  Autre : Cliquez ici pour taper du texte.

**RECONNAISSANCE MDPH ACTUELLE**

[ ]  RQTH [ ]  AEH

[ ]  Autre

**PRISES EN CHARGE**

|  |  |
| --- | --- |
| **CMP/CMPP (nom,ville, année et durée)**[ ]  Pédopsychiatre[ ]  Psychologue[ ]  Orthophonie[ ]  Psychomotricité[ ]  Groupe Thérapeutique[ ]  Autre : Cliquez ici pour taper du texte. | **Suivi en libéral (nom, ville, année et durée)**[ ]  Pédopsychiatre[ ]  Psychologue[ ]  Neuropsychologue[ ]  Orthophoniste[ ]  Psychomotricien(ne)[ ]  Ergothérapeute[ ]  Orthoptiste[ ]  Autre : Cliquez ici pour taper du texte. |
| [ ]  **SESSAD**Lequel : Cliquez ici pour taper du texte.Prises en charge : Cliquez ici pour taper du texte. | [ ]  **ITEP**  Lequel : Cliquez ici pour taper du texte. Prises en charge : Cliquez ici pour taper du texte.[ ]  IME Lequel : Cliquez ici pour taper du texte. |
| [ ] **HOSPITALISATION POUR MOTIF PSYCHIATRIQUE**Lequel : Cliquez ici pour taper du texte. | [ ]  **PASSAGE AUX URGENCES POUR MOTIF PSYCHIATRIQUE**Motif : Cliquez ici pour taper du texte. |

**ACTUELLEMENT, ELEMENTS D’INQUIETUDE AUTOUR DE LA SANTE MENTALE DE VOTRE ENFANT**

[ ]  Fait des « crises », intolérance importante à la frustration
[ ]  Peut se bloquer et devenir inaccessible

[ ]  S’énerve ou s’excite de façon exagérée par rapport à la situation

[ ]  Démarre au quart de tour

[ ]  Tient des propos négatifs sur lui ou les autres (ex : « je suis nul, je ne vais pas y arriver, tout est nul …»)

[ ]  Propos suicidaires ou noirs (ex : « j’en ai marre, la vie c’est nul, ça ne vaut pas la peine d’exister, de toute façon vous seriez plus tranquilles si je n’étais pas là, je veux mourir …»)

[ ]  S’intéresse moins aux activités qui avant lui plaisaient

[ ]  Voit moins souvent ses amis

[ ]  Consomme de plus en plus d’écrans

[ ]  Manque de motivation

[ ]  A une chute récente (cela peut être depuis plusieurs mois) des résultats scolaires / professionnels

[ ]  Stress et/ou anxiété (ex : se ronge les ongles, s’inquiète pour ses proches, a « peur de tout …»)

[ ]  Plaintes corporelles (maux de tête, de ventre)

[ ]  Se sépare difficilement de ses proches
[ ]  Sommeil perturbé

[ ]  Appétit perturbé

[ ]  Consommation de toxiques

[ ]  Mises en danger

**HISTOIRE DEVELOPPEMENTALE**

**EVENEMENTS FAMILIAUX MARQUANTS (ils peuvent avoir eu lieu avant la naissance de votre enfant) :**

Cliquez ici pour taper du texte.

**ENFANT ADOPTE**

[ ]  Non

[ ]  Oui Si oui, âge d’adoption : Cliquez ici pour taper du texte.

 Pays d’origine : Cliquez ici pour taper du texte.

**In-utero, GROSSESSE**:

[ ]  « facile » [ ]  « compliquée »

[ ]  « surprise » / non prévue

[ ]  Procréation médicalement assistée
[ ]  Tabagisme passif (vivre avec une personne qui fume)

[ ]  Tabagisme maternel (nombre de cigarettes par jour ou par semaine environ : Cliquez ici pour taper du texte.)

[ ]  Consommation d’alcool pendant la grossesse

 [ ]  moins de 5 fois [ ]  moins de 10 fois [ ] plus de 10 fois

[ ]  Consommation d’alcool habituelle **avant** la grossesse

 [ ]  Très occasionnelle [ ]  Plusieurs jours par semaine [ ]  Tous les weekends

[ ]  Médicaments pendant la grossesse (dont dépakine) : Cliquez ici pour taper du texte.

[ ]  Exposition aux pesticides/insecticides

 (Domicile près de champs, vignes, serres, ou utilisation dans le jardin)

[ ]  Infections

[ ]  Stress

[ ]  Soucis

[ ]  Evénement marquant durant la grossesse : Cliquez ici pour taper du texte.

[ ]  Diabète gestationnel

[ ]  Hypertension gravidique

[ ]  Surveillance particulière du bébé ou de la maman (ex : plus d’échographies, amniocentèse, plus de rendez-vous médicaux…)

**ACCOUCHEMENT** :

[ ]  Mal vécu et/ou compliqué, difficile

[ ]  Avant terme – Prématuré (terme : Cliquez ici pour taper du texte.)

[ ]  Travail déclenché

[ ]  Voie basse avec aide (forceps, cuillère)

[ ]  Péridurale (si complications, décrire) :

[ ]  Césarienne

[ ]  Séparation mère-nouveau-né (pas de peau à peau)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poids de Naissance (g) | Taille de naissance (cm) | Périmètre crânien (cm) |
|  |  |  |

**LES PREMIERS JOURS DE VIE**

[ ]  Jaunisse

[ ]  Hypoglycémie

[ ]  Infection

[ ]  Surveillance particulière (poids, succion)

[ ]  Troubles du tonus (avec notamment hypotonie)

**BÉBÉ 0-6 MOIS** :

Allaitement : [ ]  sein (jusqu'à quand : Cliquez ici pour taper du texte.)

 [ ] biberon

[ ]  Fatigue parentale importante

[ ]  Stress parental important

[ ]  Peu ou pas de soutien aux jeunes parents

[ ]  Pleurs importants

[ ]  Bébé « tonique » ou contraire « trop calme »

[ ]  Suivi à la PMI Motif : Cliquez ici pour taper du texte.

**DÉVELOPPEMENT MOTEUR** [ ]  facile [ ]  compliqué

(En comparaison avec les enfants du même âge)

[ ]  Position assise après 9 mois

[ ]  N’a pas fait de quatre pattes [ ]  Glisse fesses

[ ]  Marche après 18 mois (Age : Cliquez ici pour taper du texte.)

[ ]  Maladresse globale

[ ]  Tombait beaucoup

[ ]  Se cognait beaucoup
[ ]  Difficultés pour apprendre à s’habiller tout.e seul.e

[ ]  Apprentissage difficile du vélo sans petites roues (Age : Cliquez ici pour taper du texte. )

[ ]  Apprentissage difficile et/ou long des lacets (Age : Cliquez ici pour taper du texte.)

[ ]  Manipulation difficile des couverts au cours des repas

[ ]  Apprentissage difficile de la nage (Age : Cliquez ici pour taper du texte. )

[ ]  Manipulation maladroite des ballons et/ou raquettes

**Motricité fine :**

[ ]  Découpage, coloriage, boutons difficile et/ou approximatif

[ ]  Apprentissage difficile du graphisme (écriture)

[ ]  A déjà fait un bilan psychomoteur

[ ]  A déjà eu une prise en charge en psychomotricité

**EQUILIBRE SENSORIEL (à évaluer depuis la petite enfance, à tout moment du développement)**

[ ]  Recherche ou évitement de certains bruits

[ ]  Recherche ou évitement de certaines lumières

[ ]  Très pointilleux sur la forme et la texture des vêtements

[ ]  Recherche ou évitement de certaines odeurs

[ ]  Très dérangé par certains types d’aliments

[ ]  Recherche de certaines saveurs, épices, ou couleurs alimentaires

[ ]  Autres particularités (seuil de douleur, sensibilité aux températures…) : Cliquez ici pour taper du texte.

**PROPRETÉ :**

[ ]  La journée après 3 ans

[ ]  La nuit après 5 ans

Actuellement : [ ]  Enurésie (pipi non retenu) [ ]  Encoprésie (caca non retenu)

[ ]  Problèmes d’acquisition de propreté dans la famille

**MODE DE GARDE AVANT L’ENTREE EN ECOLE MATERNELLE**

[ ]  Compliqué

[ ]  Parent [ ]  Membre de la famille [ ]  Assistante maternelle / Garde à domicile [ ]  Crèche / Halte-garderie

Remarque des nounous/crèche au sujet de votre enfant : Cliquez ici pour taper du texte.

**ALIMENTATION**

[ ]  Diversification compliquée (âge du début d’introduction d’aliments autre que le lait) : Cliquez ici pour taper du texte. mois

[ ]  Difficultés alimentaires avant 3 ans

[ ]  Dégoût pour certains aliments

[ ]  Sélectivité (refus prolongé de manger et/ou gouter certains aliments et/ou texture)

[ ]  Problème avec la nourriture en morceaux

[ ]  Autre :

[ ]  Difficultés alimentaires après 3 ans (préciser) :

[ ]  Fringales
[ ]  Subtilisation de nourriture

Actuellement

 [ ]  Changement récent d’appétit [ ]  Augmentation [ ]  Diminution

 [ ]  Retentissement sur le poids, la croissance

 [ ]  Sélectivité (ou choix restreint d’un aliment pendant une période donnée)

**SOMMEIL**

A quel âge votre enfant a-t-il fait ses nuits : Cliquez ici pour taper du texte.

[ ]  **Difficultés de sommeil entre 0 et 3 ans**

 [ ]  Difficultés d’endormissement

 [ ]  Réveils nocturnes

 [ ]  Insomnies silencieuses (votre enfant ne vous sollicitait pas)

 [ ]  Sommeil agité

 [ ]  Problème de sommeil dépendant du contexte (Selon la personne qui garde l’enfant…)

[ ]  **Difficultés de sommeil entre 3 et 6 ans**

 [ ]  Cauchemars

 [ ]  Terreurs nocturnes

 [ ]  Somnambulisme

[ ]  Difficultés d’endormissement

 [ ]  Réveils nocturnes

 [ ]  Sommeil agité

[ ]  Problème de sommeil dépendant du contexte (ex : personne qui garde l’enfant, domicile habituel versus maison de vacances…)

[ ]  **Autres difficultés quel que soit l’âge et actuellement :**

 [ ]  Se sent obligé de bouger les jambes en fin de journée et en se couchant

 [ ]  Se tape la tête en s’endormant

 [ ]  Ronflements

 [ ]  Les difficultés de sommeil dépendent du contexte (impossible de faire des nuitées chez des camarades ou en colonie…)

 [ ]  Somnambulisme

[ ]  Sommeil agité

[ ]  Pauses respiratoires

[ ]  Se réveille difficilement le matin

[ ]  Fatigue dans la journée et/ou somnolence

[ ]  Maux de tête au réveil

[ ]  Sueurs dans la nuit

 [ ]  A l’extérieur du domicile

[ ]  **Actuellement (si votre enfant vit encore avec vous)**

 **Semaine** : Heure de coucher : Cliquez ici pour taper du texte.

 Heure de lever : Cliquez ici pour taper du texte.

 **Week-end :** Heure du coucher :Cliquez ici pour taper du texte. Heure de lever : Cliquez ici pour taper du texte.

**DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE ORAL**

[ ]  Globalement facile [ ]  En avance [ ]  Des difficultés [ ]  Plutôt compliqué

Age des 1ers mots : Cliquez ici pour taper du texte.

Age des 1ères phrases courtes complètes : Cliquez ici pour taper du texte.

Age de compréhension des ordres simples : (/ex :Donne-moi ton doudou) : Cliquez ici pour taper du texte.

Age de compréhension des phrases longues et complexes : (/ex : Quand tu auras fini ton goûter tu iras voir mamie parce que je pars faire des courses) : Cliquez ici pour taper du texte.

[ ]  Contexte de bilinguisme

 Langues parlées dans la maison : Cliquez ici pour taper du texte.

 [ ]  Difficultés de langage dans toutes les langues utilisées à la maison

[ ]  Bégaiement

[ ]  Mutisme (le patient ne peut plus parler dans certaines circonstances)

[ ]  Problème de langage dans la famille (langage tardif, dyslexie, bégaiement...)

**UTILISATION DES ECRANS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Avant 18 mois** | **Entre 18 et 36 mois** |
| [ ]  Jeux éducatifs sur tel/ tablette[ ]  Télévision allumée (en bruit de fond)[ ]  Vidéos et comptines sur Youtube (par ex)[ ]  Dessins animés [ ]  Temps estimé devant les écrans par jour :Cliquez ici pour taper du texte. | [ ]  Jeux éducatifs sur tel/ tablette[ ]  Télévision allumée (en bruit de fond)[ ]  Vidéos et comptines sur Youtube (par ex)[ ]  Dessins animés [ ]  Temps estimé devant les écrans par jour : Cliquez ici pour taper du texte. |

 **A l’adolescence :**

[ ]  A son propre smartphone (avec puce) [ ]  Le garde la nuit dans sa chambre

[ ]  Est sur les réseaux sociaux

[ ]  Surfe sur internet librement

[ ]  Regarde des films et des vidéos au détriment des autres activités

[ ]  Jouerait plusieurs heures d’affilée aux jeux vidéo si c’était autorisé

[ ]  A différents supports pour jouer (téléphone, tablette, console, ordinateur)

[ ]  N’arrive pas à s’autoréguler

[ ]  Conflits fréquents autour des écrans

[ ]  Explosion émotionnelle lors des retraits d’écran

**Actuellement :**

[ ]  Rapport aux écrans problématique

**COMMUNICATION ET INTERACTIONS SOCIALES**

**Avant l’entrée en maternelle :**

[ ]  Contact oculaire peu fréquent ou sur sollicitation (à cocher si c’est toujours le cas)

[ ]  Bébé, ne réagissait pas à son prénom

[ ]  Pointait **spontanément** peu ou pas avec son doigt ou ne regardait pas son interlocuteur pour solliciter son attention

[ ]  Peu ou pas de langage bébé (babillage)

[ ]  Souriait peu ou pas en réponse à un sourire

[ ]  N’imitait que peu les activités courantes des adultes (dinette, balayage)

[ ]  Absence ou retard de langage

**Pendant la maternelle :**

[ ]  Contact compliqué avec les autres enfants

[ ]  Ne partageait pas beaucoup ses émotions avec les autres

**A partir de l’école élémentaire :**

[ ]  Semblait en difficulté pour se mettre à la place de l’autre

[ ]  Ne comprenait pas bien comment marchent les relations sociales

[ ]  Difficulté à comprendre l’humour, l’ironie, les expressions imagées
[ ]  Maladresse sociale

[ ]  Est à cheval sur les mots

[ ]  L’échange au cours de la conversation n’était pas fluide

[ ]  Contact oculaire pauvre ou sur sollicitation ou appris ou uniquement avec les personnes familières

[ ]  Amitiés changeantes et/ou peu durables

[ ]  Isolement social

[ ]  Peu invité aux anniversaires

[ ]  Plus à l’aise avec des personnes d’âge très différent au sien

[ ]  Souffrance psychologique par rapport aux difficultés sociales

[ ]  Rien de tout ça

**COMPORTEMENT :**

[ ]  N’inventait pas des histoires en jouant, jeux pauvres et répétitifs

[ ]  N’imitait pas ou peu les activités des adultes

[ ]  Instabilité émotionnelle, « crises »

[ ]  Agressivité envers lui-même ou les autres

[ ]  N’aimait pas les changements, attaché à des routines

[ ]  « Passions » ou activités peu variées, et envahissantes ou inhabituelles

[ ]  Trop ou pas assez sensible aux aspects sensoriels (toucher, odorat, ouïe, vision, goût)

[ ]  Mouvements répétitifs (balancements, tourner autour de soi, mouvements des mains ou des doigts), ou utilisation répétitive des objets, répétait des phrases ou des mots de façon répétitive et hors contexte

[ ]  « Tocs » (Fait des actions répétées qu’il/elle ne peut pas s’empêcher de réaliser)

[ ]  A des objets particuliers dont il/elle ne peut pas se passer

[ ]  Doit tout planifier à l’avance

[ ]  N’aimait pas les fêtes de famille [ ]  N’aimait pas les surprises

[ ]  N’aimait pas les supermarchés/centres commerciaux

[ ]  N’aime pas les changements

[ ]  Peut être très contrarié par des détails
[ ]  Toujours le cas pour au moins 2 des items ci-dessus

**PARCOURS SCOLAIRE**

**ECOLE PREELEMENTAIRE (MATERNELLE) :**

[ ]  Angoisses de séparation : cris, pleurs importants en durée ou en quantité

[ ]  Socialisation difficile avec les autres enfants

[ ]  Graphisme compliqué

[ ]  Difficulté à rester en place

[ ] Inattentif aux consignes
[ ]  Crises ou blocages

**Propositions de l’école maternelle devant les difficultés de votre enfant**

[ ]  Convocation des parents par l’enseignant

[ ]  Tenue d’une équipe éducative (date )

[ ]  Intervention du RASED

[ ]  Soutien de l’enseignant

[ ]  Aménagements scolaires

 [ ]  Réduction du temps scolaire

 [ ]  Aménagements par l’enseignant

 [ ]  PAP avec rencontre du médecin scolaire

 [ ]  Déclaration MDPH

 [ ]  Aide humaine (nombre d’heures : Cliquez ici pour taper du texte.)

[ ]  Redoublement ou maintien(classe : Cliquez ici pour taper du texte. )

**ECOLE ELEMENTAIRE :**

[ ]  **Relations difficiles avec les camarades**

 Si différences majeures selon les années, détaillez : Cliquez ici pour taper du texte.

 [ ]  Harcèlement ou moqueries des camarades à son encontre

 [ ]  A harcelé ou moqué un ou des camarades

[ ]  **Problème d’acquisition de la lecture**

[ ]  Déchiffrage difficile

[ ]  Compréhension difficile

[ ]  Saute des lignes

[ ]  Fatigue oculaire

[ ]  **Problème d’écriture**

[ ]  Geste graphique difficile et/ou fatiguant

[ ]  Orthographe difficile [ ]  S’améliore à la relecture

[ ]  Adaptation informatique mise en place

[ ]  **Problèmes en mathématiques**

[ ] Résolution difficile des opérations

[ ]  Géométrie difficile

[ ]  Résolution difficile de problèmes

[ ]  **Problèmes en sport**

[ ]  Mauvaise coordination et positionnement

[ ]  Rapports difficiles avec les coéquipiers dans les sports collectifs [ ]  « Mauvais perdant »

[ ]  **Problème de repérage dans le temps**

[ ] Lenteur d’exécution du travail

 [ ]  Lenteur dans la mise au travail

**ENSEIGNEMENT SECONDAIRE :**

**(si enfant scolarisé actuellement : Classe :** Cliquez ici pour taper du texte. **Etablissement scolaire :** Cliquez ici pour taper du texte. **Ville :** Cliquez ici pour taper du texte.**)**

***A remplir même si enfant non scolarisé actuellement***

[ ]  N’arrive pas à tenir en place [ ]  Perturbe la classe [ ]  Bavarde, coupe la parole

[ ]  N’arrive pas à se concentrer [ ]  Papillonne

[ ]  Est distractible [ ]  Oublie souvent ses affaires

[ ]  Fait des fautes d’étourderie

[ ]  Ne comprend pas toujours les consignes

[ ]  Travail en autonomie difficile

[ ]  Stress important aux évaluations [ ]  Résultats fluctuants s’il aime ou non l’enseignant.e

[ ]  Relations difficiles avec les camarades

[ ]  Relations difficiles avec l’enseignant.e

[ ]  Ne manifeste pas ou peu d'intérêt pour les relations sociales avec les enfants de son âge

[ ]  Est isolé.e dans la cour

[ ]  Rapporte que les autres sont méchants ou malveillants

[ ]  A des comportements / activités étranges pendant la récréation (ex : fait le tour de la cour, se parle à lui-même, a des activités répétitives qui ne semblent pas avoir sens pour les autres, souhaite rester en classe ou à la bibliothèque)

[ ]  Se fait du mal sans raison apparente

[ ]  Manifeste un comportement étrange sans lien apparent avec la situation

[ ]  Problèmes sur le temps de cantine et/ou au périscolaire (se bagarre, transgresse le cadre, s’excite)

[ ]  Si certains de ces éléments sont encore d’actualité dans l’Enseignement post bac/BEP/CAP, merci de les indiquer ci-dessous :

Cliquez ici pour taper du texte.

**Propositions de l’école devant les difficultés de votre enfant**

[ ]  Convocation des parents par les enseignants

[ ]  Tenue d’une équipe éducative (date Cliquez ici pour taper du texte.)

[ ]  Intervention du RASED

[ ]  Soutien des enseignants

[ ]  Aménagements scolaires

 [ ]  Réduction du temps scolaire

 [ ]  Aménagements par les enseignants

 [ ]  PAP avec rencontre du médecin scolaire

 [ ]  Déclaration MDPH

 [ ]  Aide humaine (nombre d’heures : Cliquez ici pour taper du texte.)

[ ]  Redoublement ou maintien (classe : Cliquez ici pour taper du texte. )

**REMARQUES :** Cliquez ici pour taper du texte.

**PERSONNALITE DE VOTRE ENFANT**

**3 QUALITES OU POINTS FORTS DE VOTRE ENFANT**

* Cliquez ici pour taper du texte.
* Cliquez ici pour taper du texte.
* Cliquez ici pour taper du texte.

[ ]  bavard.e

[ ]  aime les sensations fortes

[ ]  a besoin de se dépenser physiquement

**ACTIVITES PRATIQUEES ENFANT ET ADOLESCENT :**

[ ]  Sport

[ ]  Musique

[ ]  Autre (ex : scoutisme, théâtre…) : Cliquez ici pour taper du texte.

[ ]  Change tous les ans d’activités

[ ]  Problème au cours de ces activités : Cliquez ici pour taper du texte.

[ ]  Adore le contact animal

**LOISIRS A LA MAISON OU AVEC VOUS DURANT ENFANCE ET ADOLESCENCE :**

[ ] pouvait jouer seul.e et initier seul.e des activités

**ORGANISATION FAMILIALE DURANT ENFANCE ET ADOLESCENCE :**

[ ]  Parents séparés mode de garde : Cliquez ici pour taper du texte.

[ ]  Sœurs (prénoms et âge)  : Cliquez ici pour taper du texte.

[ ]  Frères (prénoms et âge) : Cliquez ici pour taper du texte.

**RETENTISSEMENT DES PARTICULARITES DE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ENFANT**

**A L’ECOLE (quand il était scolarisé) :**

[ ]  N’aime pas l’école

[ ]  N’a pas confiance en lui.elle

[ ]  A peur de l’échec

[ ]  Retard dans les apprentissages par rapport à ce qui est attendu

[ ]  A déjà eu plusieurs avertissements pour son comportement

[ ]  A déjà été exclu.e de la cantine, du périscolaire, du centre de loisirs
[ ]  A déjà changé d’établissement scolaire

[ ]  A déjà été harcelé.e ou malmené.e

[ ]  A déjà harcelé ou malmené qulequ’un

**A LA MAISON (dans l’enfance) :**

[ ]  Conflit avec la fratrie

[ ]  Ambiance familiale tendue

[ ]  Conflit entre les 2 parents au sujet des attitudes éducatives à avoir

[ ]  Préparation du matin pour l’école et préparation du soir (devoirs, toilette, diner) difficiles

[ ]  Autonomie réelle de votre enfant plus faible que celle attendue à son âge

[ ]  Repas difficiles

[ ]  Votre enfant s’organise difficilement, a besoin de supervision pour les tâches routinières

[ ]  Fatigue des parents, impression de répéter tout le temps la même chose, que « ça n’avance pas »

[ ]  Aménagement de la vie familiale autour des difficultés de votre enfant

[ ]  Votre enfant était difficile à faire garder

**A L’EXTERIEUR (maintenant ou dans l’enfance) :**

[ ]  Remarques désobligeantes de l’entourage

[ ]  Se met en danger (volontairement ou parce que votre enfant ne comprend pas certains codes ou sous-entendus)

[ ]  A déjà eu des problèmes avec la loi

**SUR SON LIEU DE TRAVAIL :**

[ ]  Difficultés avec les collègues

[ ]  Difficultés d’organisation

[ ]  Oublis

[ ]  Fatigabilité

[ ]  Autres : Cliquez ici pour taper du texte.

**DANS LA VIE QUOTIDIENNE (à partir de l’adolescence) :**

[ ]  Autonome dans les transports

[ ]  Autonome pour faire ses courses

[ ]  Autonome pour se faire à manger

[ ]  Autonome pour le ménage
[ ]  Autonome pour la toilette

[ ]  Autonome pour le brossage des dents
[ ]  Bonne gestion du temps au quotidien

Merci d’avoir pris le temps de remplir ce questionnaire.

L’équipe de l’U2PEA

Si vous avez des commentaires ou des suggestions, vous pouvez nous les faire parvenir par mail à l’adresse suivante : bp-uupea@chu-nantes.fr