



École Notre-Dame-de-l'Assomption
2430 rue Darling Montréal, QC, H1W 2X1
Téléphone : (514) 596-5046
nda@cssdm.gouv.qc.ca

Parlez-nous de votre enfant

Questionnaire à compléter par les parents

Préscolaire : 4 ans 5 ans

Bonjour,

Votre enfant débutera l'école en août prochain. Nous vous demandons quelques minutes pour remplir le questionnaire et le retourner au secrétariat.

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : ____/____/____
Jour / mois / année

Lieu de naissance de l'enfant : _____

Nom du père : _____ Nom de la mère : _____

Langue maternelle de l'enfant ? Français ou

Autre(s)* : _____

*À la maison, l'enfant parle ? Français Autre(s) : _____

*Votre enfant **comprend** le français : très bien un peu pas du tout

*Votre enfant **parle** le français : très bien un peu pas du tout

*Votre enfant **a appris le français** : à la maison à la garderie pas du tout

Votre enfant habite avec : ses deux parents sa mère son père garde partagée

Votre enfant a _____sœur (s) et ____frère (s).

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté un CPE ou une école? Oui Non

Si oui, lequel? garderie en milieu familial Garderie ou CPE maternelle 4 ans

À partir de quel âge? _____

Votre enfant :

SOCIALISATION	OUI	NON	PRÉCISIONS
Quitte facilement ses parents			
Démontre de l'insécurité face à une situation nouvelle (pleure, fait des crises ou s'isole)			
Démontre de l'agressivité (mots, gestes)			
Respecte les règles établies			
Partage ses jeux avec les autres enfants			
MOTRICITÉ	OUI	NON	PRÉCISIONS
Bouge avec aisance et souplesse			
A déjà manipulé des objets comme des ciseaux, crayons, colle, etc.			
Est autonome (s'habiller, se moucher, aller à la toilette, etc.)			
AUDITION ET VISION	OUI	NON	PRÉCISIONS
Entend bien			
Voit bien			
Porte des lunettes			
LANGAGE	OUI	NON	PRÉCISIONS
Comprend bien lorsqu'un adulte s'adresse à lui			
Prononce bien tous les sons			
Parle avec des phrases complètes sans erreur (Ex. : « La voiture rouge de mon papa est devant la maison. »)			

Votre enfant a-t-il déjà reçu des **services d'un professionnel** ? Oui Non

Si oui, lequel? **orthophoniste** (langage) **audiologiste** (audition) **travailleur social**
 optométriste (vue) **psychologue** **psychoéducateur**
 ergothérapeute **physiothérapeute**

Si oui, le suivi de votre enfant est-il terminé (intervention complétée)? Oui Non

Votre enfant présente-t-il un problème de santé (allergie, asthme, etc.) ? Oui Non

Si oui, précisez : _____ Epipen : Oui Non

Y a-t-il d'autres informations sur votre enfant que vous jugez important de fournir? Oui Non

Si oui, précisez : _____