



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<br>(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 : \_\_\_\_\_