

Date : _____

ADMISSION

QUESTIONNAIRE AUX PARENTS (secondaire)

Identification

1. Nom de l'élève : _____
2. Date de naissance : _____
3. Langue(s) utilisée(s) dans le milieu de l'enfant : _____
4. Langue(s) utilisée(s) par l'enfant : _____
5. Lieu de naissance : _____

PARENT 1

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____
Occupation : _____ Courriel : _____
Adresse : _____ Code postal : _____
Tél (résidence) : _____ Tél (travail) : _____ Tél (cell) : _____

PARENT 2

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____
Occupation : _____ Courriel : _____
Adresse : _____ Code postal : _____
Tél (résidence) : _____ Tél (travail) : _____ Tél (cell) : _____

L'enfant demeure avec :

- Ses parents
- Sa mère
- Son père
- En garde partagée, **précisez les modalités :** _____
- Famille d'accueil
- Autre, **précisez :** _____

Histoire développementale

GROSSESSE

1. Est-ce qu'il y a eu des particularités ou complications pendant la grossesse ?

- Oui **Si oui**, lesquelles :
- Non

NAISSANCE

2. Est-ce que le bébé est :

- Né à terme
- Prématuro S'il est né prématuré, à quelle semaine de grossesse ? _____ semaine(s).

3. Est-ce qu'il y a eu des complications au moment de l'accouchement et au début de la vie de l'enfant ?

- Oui **Si oui**, lesquelles :
- Non

4. Est-ce qu'il y a eu des défis en lien avec l'alimentation du bébé (allaitement, transition aux aliments solides, etc.) ?

- Oui, **précisez :** _____
- Non

DÉVELOPPEMENT

MOTRICITÉ GLOBALE :

5. Est-ce que le développement de votre enfant a été différent (plus lent) comparativement à un enfant de son âge pour la motricité globale (marcher, sauter, courir) :

Oui **Si oui**, précisez ? _____

Non

6. À quel âge a-t-il marché? _____

7. Est-ce que les activités de motricité globale comme le vélo, la nage et les sports sont plus difficiles pour votre enfant ?

Oui, **précisez ?** _____

Non

MOTRICITÉ FINE :

8. Est-ce que le développement de votre enfant a été différent (plus lent) comparativement à un enfant de son âge pour la motricité fine (boutonner, lacer, bricoler, découper, dessiner, écrire) :

Oui **Si oui**, précisez :

Non

9. Est-il :

Gaucher Droitier Ambidextre

ACTIVITÉS PRÉSCOLAIRES :

10. Est-ce que le développement de votre enfant a été différent (plus lent) comparativement à un enfant de son âge concernant les activités préscolaires (reconnaître les couleurs et les formes, faire des casse-têtes et des constructions, etc.)?

Oui **Si oui**, précisez :

Non

LANGAGE :

11. Est-ce que le développement de votre enfant a été différent (plus lent) comparativement à un enfant de son âge concernant le langage ?

Oui **Si oui**, précisez :

Non

12. À quel âge a-t-il dit ses premiers mots ? _____

13. À quel âge a-t-il fait des phrases ? _____

14. Actuellement, présente-t-il des problèmes de langage ou de parole ?

Oui **Si oui**, précisez :

Non

Histoire familiale et sociale

1. A-t-il des frères et des sœurs ?

Nom	Âge	Lien de parenté

2. D'autres membres de la famille souffrent-ils de maladies ou de troubles qui vous semble utile de mentionner ?

3. Quelqu'un dans la famille a-t-il eu de la difficulté à apprendre à lire ou a-t-il éprouvé de la difficulté dans son parcours scolaire ?

Frères et sœur : _____

Parents : _____

Histoire médicale

SANTÉ

1. Votre enfant a-t-il déjà subi un accident ou un choc physique ?

Oui **Si oui**, à quel âge et dans quelles conditions : _____

Non _____

2. A-t-il souffert ou souffre-t-il de :

Méningite ou encéphalite

Blessure à la tête

Otites et maux d'oreilles fréquents **Si oui**, a-t-il eu des tubes ? Oui Non

Convulsion

Épilepsie

Épisodes d'inconscience ou d'absence

Asthme

Allergies, précisez : _____

Si oui, a-t-il un auto-injecteur? (ex. : EpiPen) Oui Non

Maux de tête ou migraines

Maux de ventre

Autres, précisez : _____

3. A-t-il déjà subi une opération?

Oui Non

Et si oui, à quel âge ? _____

Pour quelle raison ? _____

4. A-t-il déjà été hospitalisé?

Oui Non

Et si oui, à quel âge ? _____

Durée de l'hospitalisation ? _____

Pour quelle raison ? _____

5. Présente-t-il un diagnostic médical autre, tels que : trouble développemental de la coordination ou dyspraxie, encéphalopathie, maladie neuro-musculaire, trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité TDA-H, trouble anxieux, trouble de langage, etc. ?

Oui Non

Et si oui, lequel ? _____

6. Prend-il des médicaments actuellement ?

Oui Non

Et si oui, quelle médication prend-t-il ? _____

Dose : _____

Depuis quand : _____

Pour quel diagnostic médical prend-il une médication ? _____

Est-il autonome dans la prise de sa médication ? _____

7. Doit-on prendre certaines précautions concernant sa santé?

ALIMENTATION

5. Présente-t-il une grande sélectivité dans le choix de ses aliments?

Oui, précisez : _____

Non

Et si oui, est-ce un problème pour le faire manger à l'heure du dîner ?

Oui, précisez : _____

Non

6. Présente-t-il des risques d'étouffement avec la nourriture ?

Oui, précisez : _____

Non

7. Est-il autonome pour ouvrir ses contenants ?

Oui

Non **Si non**, précisez: _____

HABILLAGE

8. Est-il autonome pour s'habiller seul, c'est-à-dire pour:

Mettre/enlever ses vêtements d'hiver

Lacer ses souliers

Se boutonner

Manipuler une fermeture éclair

9. A-t-il besoin d'adaptations en lien avec l'habillement à l'école (ex. aide d'un adulte, chaise à proximité, etc.) ?

Oui **Si oui**, précisez : _____

Non

10. Votre enfant présent-t-il des troubles de la vision ?

Oui **Si oui**, précisez : _____

Sa vision n'a jamais été vérifiée

Non

11. Doit-il porter des lunettes à l'école ?

Oui Non

12. Votre enfant présent-t-il des troubles auditifs ?

Oui **Si oui**, précisez : _____

Son audition n'a jamais été vérifiée

Non

13. Porte-t-il des appareils auditifs à l'école ?

Oui Non

14. Porte-t-il des orthèses?

Oui Non

Si oui, précisez quel type d'orthèses et à quels moments il doit les porter :

Et si oui, considérez-vous que votre enfant est autonome pour mettre et enlever ses orthèses ?

Oui Non

HYGIÈNE DE VIE

1. A-t-il bon appétit pour le repas du dîner à l'école ?

Oui Non

2. A-t-il un bon sommeil (s'endort rapidement, dort toute la nuit, se réveille apaisé) ?

Oui

Non **Si non**, précisez:

Comportement et socialisation

1. Votre enfant a-t-il déjà présenté des difficultés de comportement (s'oppose, ne respecte pas les consignes, langage inapproprié, agressivité, etc.) ?

Oui **Si oui**, précisez :

Non

2. Votre enfant a-t-il déjà vécu un événement stressant ou traumatisant qui occasionne encore chez lui des particularités au niveau affectif ?

Oui **Si oui**, précisez :

Non

3. Réagit-il fortement aux changements de routines quotidiennes?

Oui, précisez :

Non

4. Présente-t-il des rituels particuliers?

Oui, précisez :

Non

5. Présente-t-il des tics ?

Oui, précisez : _____

Non

6. Présente-t-il des peurs, des phobies, anxiétés particulières?

Oui, précisez : _____

Non

7. Votre enfant arrive-t-il à se faire des amis ?

Oui

Non **Si non**, précisez: _____

8. Est-ce que votre enfant a une perception positive de lui-même (estime de soi) ?

Oui

Non **Si non**, précisez: _____

Histoire scolaire et suivis professionnels

1. Est-ce que votre enfant aime l'école ?

Oui

Non

Précisez :

2. Quelle est son attitude face aux leçons et devoirs ?

3. À votre avis, quelle semble être la source des difficultés de votre enfant ?

4. Quelles sont, selon vous, les principales qualités ou forces de votre enfant?

5. Quels sont les intérêts ou passe-temps préférés de votre enfant?

6. Quels sont ses principaux défis ?

7. Reçoit-il actuellement des suivis professionnels à l'extérieur de l'école (orthophonie, ergothérapie, travail social, éducation spécialisée, psychoéducation, psychologie, etc.) ?

Oui

Non

Si oui, précisez :

Veillez joindre à la demande d'admission tous les rapports professionnels.

8. Existe-t-il d'autres informations qui pourraient nous aider à mieux le comprendre?

9. Quelles sont vos attentes face à l'École Lucien-Guilbault ?

Nom de la personne qui a rempli le questionnaire : _____
(en lettres moulées)

Lien avec l'enfant : _____

Consentement pour l'accès aux données confidentielles

Par la présente, j'autorise le comité d'admission de l'École Lucien-Guilbault à consulter le questionnaire au parent dans le cadre de l'étude du dossier de mon enfant.

En cas d'admission, le questionnaire sera consigné sous la supervision de la direction de l'école dans le dossier d'aide particulière (DAP).

Si l'élève n'est pas admis, le questionnaire sera détruit.

Signature de l'autorité parentale : _____ Date : _____

Lien avec l'enfant : _____

Autorisation à communiquer

Par la présente, j'autorise le comité d'admission de l'École Lucien-Guilbault à communiquer avec les intervenants de l'école que fréquente mon enfant et tout autre professionnel concerné dans le but d'obtenir des informations supplémentaires concernant mon enfant et son profil scolaire. Cette autorisation sera valide pour toute la durée d'attente précédant l'admission de mon enfant.

Signature de l'autorité parentale : _____ Date : _____

Lien avec l'enfant : _____

Aide-mémoire

Avez-vous joint au questionnaire d'admission :

- ➔ Diagnostics médicaux
- ➔ Rapports professionnels
- ➔ Frais d'administration du dossier

MERCI DE VOTRE COLLABORATION!

Le comité d'admission de l'École Lucien-Guilbault