



PRÉSCOLAIRE 4 ANS
 PRÉSCOLAIRE 5 ANS

Pour l'année scolaire : -

A Renseignements sur l'enfant

Nom de l'enfant :		Prénom(s) :	
Pays de naissance :		Ville de naissance :	
Sexe à la naissance	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

B Renseignements sur les parents¹ de l'enfant

Nom du parent A :		Lieu de naissance (pays) :	
Si votre lieu de naissance n'est pas le Canada, inscrivez l'année de votre arrivée au pays :			
Nom du parent B :		Lieu de naissance (pays) :	
Si votre lieu de naissance n'est pas le Canada, inscrivez l'année de votre arrivée au pays :			
L'enfant vit avec :	<input type="checkbox"/> les deux parents (même domicile)	<input type="checkbox"/> les deux parents (garde partagée)	
	<input type="checkbox"/> parent A	<input type="checkbox"/> parent B	<input type="checkbox"/> autre, précisez :

C Renseignements sur la famille

L'enfant a des frères et des sœurs :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, combien?
Nom et prénom des frères et sœurs, s'il y a lieu :	Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :	École fréquentée actuellement, s'il y a lieu :	
Un membre de la famille immédiate ² éprouve des difficultés d'apprentissage ou de développement :			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez.			

D Renseignements sur la fréquentation d'un service de garde

Votre enfant fréquente actuellement un service de garde ou en a déjà fréquenté un :		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, à partir de quel âge ?	Nombre d'années de fréquentation en incluant l'année en cours, s'il y a lieu :		
Type de service de garde fréquenté, s'il y a lieu :	<input type="checkbox"/> CPE	<input type="checkbox"/> Milieu familial reconnu par le ministère de la Famille	
	<input type="checkbox"/> Garderie en installation privée	<input type="checkbox"/> Milieu familial privé	<input type="checkbox"/> Parent, voisin(e) ou ami(e)
Nom du service de garde fréquenté :	Fréquence :		<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel
Commentaires :			

E Renseignements sur l'aisance de l'enfant en français et sur ses langues parlées

Première(s) langue(s) apprise(s) et encore utilisée(s) par l'enfant :		
Autre(s) langue(s) parlée(s) ou comprise(s) par l'enfant :		
En français, est-ce que votre enfant peut :		Commentaires :
- faire des phrases complètes et bien structurées?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- bien comprendre les questions et les consignes données?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- bien répondre verbalement aux questions et aux consignes?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- bien se faire comprendre des autres?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

F Développement langagier (dans la langue la plus utilisée par l'enfant)

Est-ce que votre enfant :		Commentaires :
- fait des phrases complètes et bien structurées ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- prononce correctement les sons ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- répond bien aux questions et aux consignes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- parle avec d'autres adultes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- parle avec d'autres enfants ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- est bien compris(e) des autres lorsqu'elle ou il parle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

¹ Dans ce questionnaire, le terme parent doit être interprété comme toute personne détenant l'autorité parentale.

² Famille immédiate : Parents, frères et sœurs ainsi que les grands-parents.

G Développement affectif, social et cognitif

Est-ce que votre enfant :		Commentaires :
- s'adapte bien à la nouveauté (personnes/lieux/situations) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- se désorganise fréquemment (cris, pleurs, coups, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- se sépare facilement de ses parents ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- joue avec d'autres enfants ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- accepte généralement de suivre les règles et les consignes nommées ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- peut imiter une autre personne dans les jeux/activités ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- développe son imaginaire en jouant à faire semblant (jeu symbolique) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

H Développement physique et moteur

Est-ce que votre enfant :		Commentaires :
- marche de façon autonome (sans aide) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- prend de petits objets avec le bout des doigts ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- monte et descend un escalier en alternant les pieds ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- fait des jeux actifs variés ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- se déshabille de façon autonome ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- s'habille de façon autonome ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- a une alimentation saine et variée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- dort bien ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- utilise la toilette de façon autonome le jour ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- colorie et dessine ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- découpe ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Quelle est la main le plus souvent utilisée par votre enfant ?	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.	

I Renseignements médicaux

Y a-t-il eu des problèmes pendant la grossesse ou l'accouchement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez : _____
Est-ce que votre enfant :		
- est né ou née avant la 37 ^e semaine de grossesse?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez : _____
- pesait moins de 2500 g ou 5 livres et 8 onces à la naissance ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez : _____
- a passé un examen préventif de la vision ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez la date : _____
- a un problème de vision ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez : _____
- a passé un examen de dépistage pour un trouble de l'audition ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez la date : _____
- a un problème d'audition ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez : _____
- a une condition médicale particulière (allergie, asthme, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez : _____
- a un besoin, un trouble ou un handicap particulier ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez : _____
- prend des médicaments ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez : _____
- a été hospitalisé(e) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez : _____
Commentaires : _____		

J Services externes

Est-ce que votre enfant a un médecin de famille?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Est-ce que votre enfant a été suivi, est suivi ou est en attente de suivi par un autre professionnel ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, veuillez préciser ci-dessous.					
<i>*Veuillez faire parvenir à la direction de l'école tout document jugé pertinent pour son accompagnement en milieu scolaire.</i>					
Professionnel	Nom et organisme	En attente de suivi	En cours	Terminé	Précisions
<input type="checkbox"/> Pédiatre	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Éducateur spécialisé	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Orthophoniste	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Psychoéducateur	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Travailleur social	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Psychologue	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Neuropsychologue	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Physiothérapeute	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Pédopsychiatre	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Autre	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Signature du parent

<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto;"></div>
Signature du parent	Date (AAAA-MM-JJ)

Le CSSPO considère que les titulaires de l'autorité parentale exercent ensemble leur responsabilité décisionnelle à l'égard de leurs enfants et qu'ils décident ensemble de toutes les questions relatives à l'éducation, à la santé et au bien-être de ces derniers, y compris, notamment les questions scolaires et les activités parascolaires. À cet effet, le CSSPO considère que le titulaire de l'autorité parentale qui signe le présent formulaire le fait au nom et avec l'accord de l'autre titulaire de l'autorité parentale de l'enfant concerné(e).