

* À remplir par les parents/tuteurs de l'élève avant l'évaluation

1. Histoire familiale

Nom de famille :		Prénom :	
Adresse :			
Téléphone :		Date de naissance :	
Sexe : M <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> jour / mois / année	
Nom du père :		# de tél. au travail :	
Nom de la mère :		# de tél. au travail :	
Frères et sœurs :			
<u>Nom</u>		<u>Âge</u>	
<u>Nom</u>		<u>Âge</u>	
Langue parlée à la maison		la plupart du temps	quelques fois
☞ par le père			
☞ par la mère			
☞ par l'enfant			
☞ par les amis de l'enfant			
Quelle fut la langue parlée à l'enfant de 0 à 2 ans par :			
• la mère _____ • le père _____ • la gardienne _____			
Décrivez, dans vos propres mots, les difficultés de langage de votre enfant :			

2. Naissance et développement néonatal

	Oui	Non	Remarques
• Né avec le cordon ombilical autour du cou			
• Blessé au cours de la naissance			
• A eu de la difficulté à respirer			
• Est devenu bleu (Cyanose)			
• Était un jumeau ou triplé			

	Oui	Non	Remarques
• A eu une infection			
• A reçu des médicaments			
• A eu des convulsions			
• Était déshydraté			
• Avait besoin d'oxygène			
• Avait des difficultés à sucer			
• Né à terme (40 semaines de gestation)			Poids à la naissance : _____
• Né par césarienne			

Décrivez brièvement la santé du bébé et ses activités pendant les premiers mois :			
(exemples : dormir, manger, comportement, etc.)			
Citez toutes les maladies que votre enfant a présenté de sa naissance à aujourd'hui :			
Convulsion		Asthme	
Rougeole		Maux d'oreilles fréquents	
Blessures à la tête		Allergies	
Eczéma		Forte fièvre	
Méningite		Encéphalite	
Rubéole		Rhumes et maux de gorges	
Fatigue fréquente		Accident	
Autres:			

Est-ce que votre enfant prend des médicaments?		OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels? _____					
Est-ce que votre enfant s'habille et se déshabille seul ?		OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
A-t-il besoin d'aide pour :					
la fermeture éclair ?		attacher ses boutons ?			
attacher ses souliers ?		Autres ?			
Est-ce que votre enfant a eu de la difficulté à courir ? _____ à sauter ? _____					

3. Développement du langage

À quel âge a-t-il ?	Mois (Approximatif)		Mois
Dit son premier mot significatif? (exemples : maman, papa, non)		Dit le nom des objets les plus familiers?	
Mis deux mots ensemble? (exemples : papa parti, encore lait)		Utilisé des phrases complètes? (exemple : Je veux jouer dehors.)	
Est-ce que votre enfant semble comprendre ce qu'on lui dit ?			
La plupart du temps? <input type="checkbox"/> Quelquefois? <input type="checkbox"/> Rarement? <input type="checkbox"/>			
Est-ce que votre enfant semble avoir de la difficulté à apprendre et/ou à se souvenir de mots nouveaux ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Si oui, décrivez :			
Votre enfant s'est-il déjà exprimé mieux qu'il le fait maintenant ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Si oui, expliquez :			
Est-ce que des efforts ont été faits pour améliorer le langage de votre enfant ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Comment ?			
À votre connaissance, y a-t-il d'autres membres de votre famille (incluant la famille du père et de la mère) qui ont déjà eu une difficulté de langage quelconque ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Si oui, veuillez spécifier :			

4. Développement psychosocial

Quel sont les activités préférées de votre enfant ?			
Pendant combien de temps peut-il se concentrer sur l'une de ces activités ?			
Joue-t-il et/ou s'entend-il bien avec d'autres enfants ?			
Comment décririez-vous le comportement de votre enfant ?			
• très actif, facilement distrait, concentration limitée		• sociable	
• gêné, replié sur lui-même		• agressif	
• aime participer à diverses activités		• anxieux	
• a toujours un grand besoin d'attention		• colérique	

Votre enfant a-t-il des habitudes (tics, manies faciales ou respiratoires) qui vous inquiètent ?

OUI NON

Si oui, décrivez :

Veillez indiquer tout événement familial actuel ou récent que vous jugez significatif (exemples : déménagement, mortalité dans la famille, séparation, naissance d'un autre enfant, etc.)

5. Santé

Votre enfant a-t-il déjà été évalué dans les domaines suivants ?	Oui	Non	Date	Remarques / découvertes
Neurologie (étude du système nerveux)				
Psychiatrie (santé mentale)				
Psychologie				
Naturopathie				
Orthophonie				
Ergothérapie				
Physiothérapie				
Audiologie (oreilles)				
Ophtalmologie (yeux)				
Chirurgie Dentaire				
Orthodontie (correction de la position des dents)				
Autres:				

6. Progrès scolaire

L'enfant a-t-il déjà doublé une année ? OUI NON

Si oui, pour quelles raisons ?

A-t-il de la difficulté avec certaines matières ?

Êtes-vous satisfait de son progrès scolaire ? OUI NON

Si non, pour quelles raisons ?

Est-ce qu'il s'entend bien avec ses compagnons à l'école ? OUI NON

7. Agences

Votre enfant a-t-il reçu les services des agences suivantes ?	Oui	Non
Bureau de santé Porcupine ou Temiskaming (Health Unit)		
Centre de ressources Cochrane Temiskaming (CTRC/CRCT)		
Centre de traitement pour enfants Cochrane Temiskaming (CTC/CTE)		
Réseaux locaux d'intégration des services de santé Nord-Est (RLISS/LHIN)		
Centre Jules-Léger (CJL)		
Services à la famille et à l'enfance du Nord-Est de l'Ontario		
Autres :		

Avez-vous d'autres renseignements qui pourraient nous aider à mieux comprendre votre enfant?

Signature de la personne ayant complété ce document : _____

Lien de parenté : _____ Date : _____

◆ Prière de retourner ces documents à l'école de votre enfant.◆

N.B. :

Si vous avez besoin de clarifications, veuillez joindre l'orthophoniste du CÉNO en composant le (705)806-6673, poste 205 ou le (888) 441-6673.