

Indications pour remplir ce formulaire :

Remplir ou cocher le cas échéant ☒

Les réponses à toutes les questions ou à certaines d'entre elles sont facultatives !



|   |                          |                                       |   |  |
|---|--------------------------|---------------------------------------|---|--|
| Nom de famille de l'enfant  | Prénom                   | Né(e) le                              | Nationalité   | Nombre de frères et sœurs                  |
| Langue maternelle (mère)  | Langue maternelle (père) | Nombre d'adultes vivant dans le foyer | Séjours en crèche/garderie/école maternelle <input type="text"/> années |  |
| Nom et adresse de la/des personne(s) investie(s) du droit de garde  |                          |                                       |   |  |
| Nom(s).....Prénom(s).....Code postal, lieu.....   |                          |                                       |   |  |
| Rue.....N° de tél.....  |                          |                                       |   |  |
| <b>Déroulement de la grossesse et de l'accouchement</b>   |                          |                                       |   |  |
| Poids à la naissance :  _ _ _ _  grammes Semaines de grossesse accomplies :  _ _  ISG <input type="checkbox"/> Naissance multiple |                          |                                       |   |  |
| <b>Développement</b>  |                          |                                       |   |  |
| Des retards dans le développement de votre enfant ont-ils déjà été constatés ?  |                          | <input type="checkbox"/> Oui          | <input type="checkbox"/> Non  |  |
| Marche autonome jusqu'à 18 mois   |                          | <input type="checkbox"/> Oui          | <input type="checkbox"/> Non  |  |
| Premiers mots (tels que <i>maman, papa</i> ) jusqu'à 18 mois  |                          | <input type="checkbox"/> Oui          | <input type="checkbox"/> Non  |  |
| Troubles du langage   |                          | <input type="checkbox"/> Oui          | <input type="checkbox"/> Non  |  |
| L'enfant est élevé dans plusieurs langues   |                          | <input type="checkbox"/> Oui          | <input type="checkbox"/> Non  |  |
| Quelles langues parle-t-on chez vous à la maison ?  |                          |                                       |   |  |
| <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Autre(s) langue(s) (laquelle/lesquelles) : _____                       |                          |                                       |   |  |
| Contact avec la langue allemande <input type="checkbox"/> depuis la naissance <input type="checkbox"/> pas depuis la naissance    |                          |                                       |   |  |
| Si contact avec la langue allemande pas depuis la naissance, à partir de quel âge ?  _ _  ans  _ _ _  mois                        |                          |                                       |   |  |
| Votre enfant est-il <input type="checkbox"/> droitier <input type="checkbox"/> gaucher <input type="checkbox"/> encore indécis    |                          |                                       |   |  |
| <b>Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il souffert de l'une des maladies ou de l'un des problèmes de santé suivants ?</b>            |                          |                                       |   |  |
| Votre enfant a-t-il déjà été examiné par un ophtalmologiste ?   |                          | <input type="checkbox"/> Non          | <input type="checkbox"/> Oui  |  |
| Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes :   |                          |                                       |   |  |
| ▶ Les pupilles ont-elles été dilatées ?   |                          | <input type="checkbox"/> Non          | <input type="checkbox"/> Oui  |  |
| ▶ Des troubles de la vision ont-ils été constatés ?   |                          | <input type="checkbox"/> Non          | <input type="checkbox"/> Oui  |  |
| ↳ Si oui, quel traitement a été effectué ?  |                          |                                       |   |  |
| ▶ Lunettes  |                          | <input type="checkbox"/> Non          | <input type="checkbox"/> Oui  |  |
| ▶ Cache sur l'œil/gymnastique oculaire  |                          | <input type="checkbox"/> Non          | <input type="checkbox"/> Oui  |  |
| ▶ Opération du strabisme  |                          | <input type="checkbox"/> Non          | <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> prévu             |
| Déficience auditive aigüe de naissance  |                          | <input type="checkbox"/> Non          | <input type="checkbox"/> Oui  |  |
| Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes :   |                          |                                       |   |  |
| Déficience auditive de naissance  |                          | <input type="checkbox"/> gauche       | <input type="checkbox"/> droite   | <input type="checkbox"/> des deux oreilles |
| Port d'un appareil auditif  |                          | <input type="checkbox"/> gauche       | <input type="checkbox"/> droite   | <input type="checkbox"/> des deux oreilles |
| Port d'un implant cochléaire  |                          | <input type="checkbox"/> gauche       | <input type="checkbox"/> droite   | <input type="checkbox"/> des deux oreilles |

TSPV

Troubles du métabolisme/hormonaux innés :  Non  Oui

Si oui, lesquelles ?  Déficit en MCAD  Hypothyroïdie (de naissance)  Phénylcétonurie  HCS

Mucoviscidose  Diabète (type 1)  Diabète (type 2)

Autres: .....

Âge au moment du diagnostic : |\_\_| |\_\_|\_\_|

Ans Mois

Autres maladies chroniques :  Non  Oui (lesquelles ?) : .....

Handicap sévère :  Non  Oui (lesquelles ?) : .....

Médicaments à prendre régulièrement :  Non  Oui (lesquelles ?) : .....

Avez-vous connaissance de maladies chez votre enfant qui nécessitent certaines démarches en cas d'urgence (p. ex. allergies, épilepsie, entre autres) ?  Non  Oui

Si oui, lesquelles ? .....

Pédiatre/Médecin de famille :

.....

.....

**Votre enfant a-t-il déjà bénéficié de mesures de soutien ou de traitements ?**

|  |                              |                                  |  |
|--|------------------------------|----------------------------------|--|
| Participation au cours d'initiation à l'allemand | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui     | <input type="checkbox"/> prévu                                   |
| Orthophonie (logopédie)                          | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> terminé | <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> prévu |
| Physiothérapie                                   | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> terminé | <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> prévu |
| Intégration précoce                              | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> terminé | <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> prévu |
| Pédagogie curative                               | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> terminé | <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> prévu |
| Ergothérapie                                     | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> terminé | <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> prévu |

À quelle fréquence emmenez-vous votre enfant chez le dentiste ?  au moins une fois par an pour contrôle

moins d'une fois par an pour contrôle

seulement en cas de douleur

mon enfant n'est encore jamais allé chez le dentiste

Diriez-vous que, d'une manière générale, votre enfant a des problèmes dans l'un ou plusieurs des domaines suivants : humeur (triste, anxieux, instable, colérique), concentration (ne peut pas rester assis longtemps, n'écoute pas en permanence lorsqu'on lui lit quelque chose), comportement, contact avec les autres ?

Non  Oui

**Existe-t-il dans la famille (parents, frères et sœurs)**

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ▶ des difficultés d'apprentissage de la lecture et de l'écrit (dyslexie) ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| ▶ des difficultés d'apprentissage du calcul (dyscalculie)                  | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| ▶ Strabisme  | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| ▶ hypermétropie sévère (>3dpt), astigmatisme >3dpt, myopie >10dpt          | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |

Fait le : .....