



**Questionnaire destiné aux parents/tuteurs légaux de l'adolescent**

Complété par : \_\_\_\_\_  
 En date du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**1. DONNÉES D'IDENTIFICATION**

ADOLESCENT	PARENTS / TUTEURS
Nom : _____	<b>Mère / Tutrice</b>
Prénom : _____	Nom : _____
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____	Adresse : _____
L'adolescent vit avec :	Ville : _____
<input type="checkbox"/> Père et mère	Numéro de téléphone :
<input type="checkbox"/> Père	Domicile : ( ____ ) ____ - ____
<input type="checkbox"/> Mère	Cellulaire : ( ____ ) ____ - ____
<input type="checkbox"/> Tuteur(s)	Courrier électronique : _____
Numéro de téléphone :	<b>Père / Tuteur</b>
Cellulaire : ( ____ ) ____ - ____	Nom : _____
Langue maternelle : _____	Prénom : _____
Langue parlée à la maison : _____	Adresse : _____
Études complétées : _____	Ville : _____
Occupation : _____	Numéro de téléphone :
	Domicile : ( ____ ) ____ - ____
	Cellulaire : ( ____ ) ____ - ____
	Courrier électronique : _____

**1.1 Fratrie**

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe
		____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
		____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
		____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
		____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin



## 2. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE L'ADOLESCENT

### 2.1 Au plan psychiatrique

Problème rencontré	Âge	Intervention
Diagnostic : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel : _____  Description du problème rencontré : _____ _____ _____ _____ _____ _____	____ ans	Hospitalisation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, la durée : _____  Suivi avec un professionnel : <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Psychiatre <input type="checkbox"/> Psychoéducateur <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Autres : _____  Médication : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Laquelle : _____
Diagnostic : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel : _____  Description du problème rencontré : _____ _____ _____ _____ _____ _____	____ ans	Hospitalisation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, la durée : _____  Suivi avec un professionnel : <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Psychiatre <input type="checkbox"/> Psychoéducateur <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Autres : _____  Médication : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Laquelle : _____



<p>Diagnostic : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non          Si oui, lequel : _____          _____</p> <p>Description du problème rencontré :          _____          _____          _____          _____          _____          _____</p>	_____ ans	<p>Hospitalisation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non          Si oui, la durée : _____</p> <p>Suivi avec un professionnel :  <input type="checkbox"/> Aucun  <input type="checkbox"/> Orthophoniste  <input type="checkbox"/> Psychiatre  <input type="checkbox"/> Psychoéducateur  <input type="checkbox"/> Psychologue  <input type="checkbox"/> Travailleur social  <input type="checkbox"/> Autres : _____</p> <p>Médication : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non          Laquelle : _____</p>
---	-----------	--

**2.2 Au plan médical**

Problème rencontré	Âge	Intervention
<p>Diagnostic : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non          Si oui, lequel : _____          _____</p> <p>Description du problème rencontré :          _____          _____          _____          _____          _____</p>	_____ ans	<p>Hospitalisation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non          Durée : _____</p> <p>Suivi avec un professionnel :  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non          Si oui, lequel : _____</p> <p>Médication : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non          Si oui, laquelle : _____</p>



<p>Diagnostic : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non          Si oui, lequel : _____</p> <p>Description du problème rencontré :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____ ans</p>	<p>Hospitalisation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non          Durée : _____</p> <p>Suivi avec un professionnel :  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non          Si oui, lequel : _____</p> <p>Médication : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non          Si oui, laquelle : _____</p>
--	------------------	---

**3. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX**

**3.1 Au plan psychiatrique**

Personne	Problème rencontré
<p><input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur  <input type="checkbox"/> Autres : _____</p>	<p>Diagnostic : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non          Si oui, lequel : _____</p> <p>Description du problème rencontré :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autres : _____	Diagnostic : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel : _____  Description du problème rencontré : _____ _____ _____
--	--

**4. HABITUDES**

Habitude	Consommation	Fréquence de consommation, partenaires de consommation et autres commentaires ( ex : types de drogue et de réseaux sociaux consommés )
Alcool	<input type="checkbox"/> Consomme actuellement Depuis : _____ <input type="checkbox"/> Ne consomme plus Depuis _____ <input type="checkbox"/> N'a jamais consommé	_____ _____ _____
Drogues	<input type="checkbox"/> Consomme actuellement Depuis : _____ <input type="checkbox"/> Ne consomme plus Depuis _____ <input type="checkbox"/> N'a jamais consommé	_____ _____ _____
Jeux de hasard	<input type="checkbox"/> Consomme actuellement Depuis : _____ <input type="checkbox"/> Ne consomme plus Depuis _____ <input type="checkbox"/> N'a jamais consommé	_____ _____ _____
Cigarettes	<input type="checkbox"/> Consomme actuellement Depuis : _____ <input type="checkbox"/> Ne consomme plus Depuis _____ <input type="checkbox"/> N'a jamais consommé	_____ _____ _____



Réseaux sociaux	<input type="checkbox"/> Consomme actuellement	_____
	Depuis : _____	_____
	<input type="checkbox"/> Ne consomme plus	_____
	Depuis _____	_____
	<input type="checkbox"/> N'a jamais consommé	_____

**5. HISTOIRE SCOLAIRE**

École actuellement fréquentée : \_\_\_\_\_

École(s) précédentes et raisons du départ (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

L'enfant a un plan d'intervention à l'école :  Oui (Veuillez fournir une copie)  Non

**5.1. Résultats scolaires**

Niveau de scolarité	Résultats faibles	Résultats dans la moyenne	Résultats élevés
Maternelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secondaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cégep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre formation : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5.2 Difficultés scolaires**

Problèmes	Problème rencontré actuellement	Commentaires
Manque d'intérêt	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
Absentéisme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
Conflits avec les adultes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
Conflits avec les autres élèves	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
Expulsion	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____



**6. ASPECT SOCIAL**

Quelles sont les activités de loisirs de votre enfant ? À quelle fréquence ?

---

---

---

Mon enfant préfère :

Être seul  Être en grand groupe (6 personnes et plus)  Être en petit groupe (2 à 5 personnes)

Mon enfant est :

Timide

En colère

Agressif

Sociable

Accablé

Violent envers les autres

Anxieux

Frustré

Violent envers lui-même

Heureux

Excité

Triste

Menaçant envers les autres

Veillez sélectionner les compétences que vous pensez que votre enfant a besoin de travailler :

<input type="checkbox"/>	Conscience de soi : Reconnaître ses propres émotions et pensées ainsi que leurs influences sur leurs comportements
<input type="checkbox"/>	Compétences décisionnelles : Faire des choix constructifs et respectueux de ses comportements personnels et des interactions sociales
<input type="checkbox"/>	Autorégulation : Réguler efficacement ses émotions, ses pensées et ses comportements dans différentes situations
<input type="checkbox"/>	Sensibilisation sociale : Comprendre les normes sociales et éthiques reliées à son comportement
<input type="checkbox"/>	Compétences relationnelles : Établir et maintenir des relations saines et enrichissantes avec des individus



**6. HISTOIRE FAMILIALE**

Relation	Qualité des relations					Commentaires
	Extrêmement mauvaise	Moyennement mauvaise	Sans opinion	Moyennement bonne	Extrêmement bonne	
Entre le père et Mère	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
Entre les parents et enfant	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
Entre les membres de la fratrie	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

Quelles sont les activités que vous réalisez en famille ?

---

---

À quoi ressemble un jour de semaine typique dans votre famille ?

---

---

À quoi ressemble une fin de semaine typique dans votre famille ?

---

---



**7. AUTRES**

Quelles sont les qualités de votre enfant ?

---

---

Comment votre enfant réagi-t-il à une nouvelle situation ?

---

---

Quelles sont les meilleures mesures correctives à utiliser avec votre enfant ? Comment réagi-t-il ?

---

---

Comment est-ce que votre enfant est le mieux réconforté ?

---

---

Dans vos propres mots, quelles sont vos préoccupations concernant votre enfant ?

---

---

Quels sont les besoins particuliers de votre enfant ?

---

---

Selon vous, sur une échelle de 1 à 10, quelle est la souffrance intérieure actuelle de votre enfant ?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ne souffre pas	<input type="checkbox"/>	Souffre beaucoup										