



Questionnaire destiné aux parents/tuteurs légaux de l'enfant

Complété par : _____

En date du ____ / ____ / ____

1. DONNÉES D'IDENTIFICATION

ENFANT	PARENTS / TUTEURS
Nom : _____	Mère / Tutrice
Prénom : _____	Nom : _____
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____	Adresse : _____
L'enfant 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 :	Père / Tuteur
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'ENFANT

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

2.2 Au plan médical

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



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 Durée : _____ Suivi avec un professionnel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel : _____ Médication : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, laquelle : _____
---	-----------	--

3. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

3.1 Au plan psychiatrique

Personne	Problème rencontré
<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 : _____ _____ _____



<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. HISTOIRE SCOLAIRE/MILIEU DE GARDE

École/milieu de garde actuellement fréquentée : _____

École(s)/milieu(x) de garde précédentes et raisons du départ (le cas échéant) : _____

L'enfant a un plan d'intervention à l'école/

Oui (Veuillez fournir une copie) Non

4.1. 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"/>

4.2 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	_____



5. ASPECT SOCIAL

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

Mon enfant préfère jouer :

Seul Avec d'autres enfants

Mon enfant est :

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Timide | <input type="checkbox"/> En colère | <input type="checkbox"/> Agressif |
| <input type="checkbox"/> Sociable | <input type="checkbox"/> Accablé | <input type="checkbox"/> Violent envers les autres |
| <input type="checkbox"/> Anxieux | <input type="checkbox"/> Frustré | <input type="checkbox"/> Violent envers lui-même |
| <input type="checkbox"/> Heureux | <input type="checkbox"/> Excité | |
| <input type="checkbox"/> Triste | <input type="checkbox"/> 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 la mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Entre les parents et l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Entre les membres de la fratrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffre beaucoup