

## Questionnaire aux parents

Afin de mieux connaître votre enfant et de cibler précisément ses besoins et vos attentes, nous vous demandons de remplir ce questionnaire.

Si votre enfant a été évalué par un ou des professionnels à l'extérieur du centre **AGOO**, s'il-vous-plaît, veuillez joindre une copie des rapports à ce document (ex : *orthophonie, psychologie, orthopédagogie, optométrie, neurologie, pédopsychiatrie, neuropsychologie, psychoéducation ou rapport d'évaluation multidisciplinaire*).

Si l'école de votre enfant a élaboré **un plan d'intervention**, veuillez joindre une copie récente.

De plus, veuillez joindre une copie **du dernier bulletin** de votre enfant.

Merci de votre précieuse collaboration.

Questionnaire rempli par : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

### PARTIE 1 : INFORMATIONS GÉNÉRALES

FICHE D'IDENTIFICATION	
Nom de l'enfant	
Date de naissance	Âge : ____ ans ____ mois
Nom de la mère	
Téléphone	
Nom du père	
Téléphone	
Adresse principale	
Courriel	

ÉCOLE	
Nom de l'école fréquentée	
Adresse	
Commission scolaire	
Nom complet du titulaire	
Niveau / Cycle	
Type de classe	Régulier <input type="checkbox"/> Intégration linguistique <input type="checkbox"/> Spécialisé <input type="checkbox"/> Autre : _____

FAMILLE		
Niveau de scolarisation des parents	<b>Mère :</b> Secondaire <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/>	<b>Père :</b> Secondaire <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/>
Langue maternelle des parents	<b>Mère :</b>	<b>Père :</b>
Rang dans la fratrie de votre enfant	aîné <input type="checkbox"/> cadet <input type="checkbox"/> benjamin <input type="checkbox"/> unique <input type="checkbox"/>	
Âge des frère(s) et soeur(s)		
Langue(s) parlée(s) à la maison	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____	
Informations particulières à propos du parcours scolaire des membres de la famille		
Portrait familial	Nucléaire <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Reconstituée <input type="checkbox"/> Autre : _____	

## PARTIE 2 : MOTIF DE LA CONSULTATION

2.1 Quelles sont vos préoccupations concernant les apprentissages scolaires de votre enfant?

---



---



---



---

2.2 Par qui avez-vous été référés au **Centre de santé de mieux-être pour enfants AGOO**?

---



---

2.3 Votre enfant présente-t-il un ou plusieurs diagnostic(s) médical (aux)? Si oui, lequel ou lesquels :

---



---



---

2.4 Votre enfant prend-il un médicament? Si oui, veuillez préciser s'il-vous-plaît?

---



---

2.5 Parlez-nous du cheminement scolaire de votre enfant. À partir de quel moment a-t-on noté un retard ou des difficultés scolaires?

---

---

---

---

### **PARTIE 3 : APPRENTISSAGES LANGAGIER ET SCOLAIRE**

3.1 Avant son entrée à l'école, comment s'est déroulé le développement langagier de votre enfant dans sa langue maternelle? (Premiers mots, premières phrases, vocabulaire, prononciation, clarté du message, etc.)

---

---

---

3.2 Si la langue de scolarisation diffère de la langue maternelle, comment se sont passés les premiers apprentissages dans sa langue seconde à l'oral?

---

---

---

3.3 Si la langue de scolarisation diffère de la langue maternelle, comment se sont passés l'apprentissage de la lecture et de l'écriture dès sa 1<sup>ère</sup> année?

---

---

---

### **PARTIE 4 : PORTRAIT DE VOTRE ENFANT**

4.1 Quelles sont les forces de votre enfant? Qu'admirez-vous chez lui?

---

---

---

4.2 Quelles activités sportives ou quels loisirs culturels votre enfant c?

---

---

4.3 Quels sont les principaux intérêts de votre enfant?

---

---

## PARTIE 5 : VOTRE ENFANT ET LA LECTURE

5.1 Situez l'intérêt de votre enfant pour la lecture sur une échelle de 1 à 5.

<b>1</b> Plutôt absent	<b>2</b> Faible	<b>3</b> Moyen	<b>4</b> Satisfaisant	<b>5</b> Intense
---------------------------	--------------------	-------------------	--------------------------	---------------------

5.2 Combien de temps (minutes) consacre-t-il à la lecture à chaque jour (ne pas inclure le temps en classe)? \_\_\_\_\_

5.3 Dans quelle(s) langue(s) lit-il pour le plaisir de lire? \_\_\_\_\_

5.4 Quel(s) genre(s) littéraire(s) votre enfant choisit-il de lire?

Bandes-dessinées (lesquelles)	
Romans (science fiction, policier, aventures, romantique, etc.)	
Documentaires (quels sujets?)	
Albums (histoires)	
Magazines, revues, autres	

5.5 Votre enfant s'intéresse-t-il à des personnages de la littérature, à des collections ou à des auteurs jeunesse? Si oui, lesquels?

---



---

## PARTIE 6 : MOTIVATION SCOLAIRE

6.1 Comment se porte **votre** relation avec les intervenants de l'école de votre enfant?

---



---

6.2 Comment votre enfant décrirait-il sa relation avec son enseignant(e) ?

---



---

6.3 Décrivez-nous la période des leçons et des devoirs à la maison.

---



---

6.4 Quels aspects de sa classe votre enfant apprécie-t-il le plus?

---

6.5 Quels aspects de sa classe votre enfant apprécie-t-il moins?

---

6.6 Situez le niveau de motivation de votre enfant pour les apprentissages scolaires sur une échelle de 1 à 5.

<b>1</b> Très fragile	<b>2</b> Sporadique	<b>3</b> Moyen	<b>4</b> Satisfisant	<b>5</b> Élevé
--------------------------	------------------------	-------------------	-------------------------	-------------------