

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.....				
Déroulement de la grossesse et de l'accouchement				
Poids à la naissance : _ _ _ _ grammes Semaines de grossesse accomplies : _ _ ISG <input type="checkbox"/> Naissance multiple				
Développement				
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				
Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il souffert de l'une des maladies ou de l'un des problèmes de santé suivants ?				
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		

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 :