



## 6 Jahre

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum (TT/MM/JJJJ) | \_ | \_ | . | \_ | \_ | . | 20 | \_ | \_ | | Geschlecht:  männlich  weiblich

### Questions sur le développement de votre enfant

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Mon enfant peut tenir pendant 10 secondes en équilibre sur une jambe  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Mon enfant peut sauter 10 fois sur une jambe  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Mon enfant peut lancer et réceptionner un ballon (p. ex. un ballon de football)   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Mon enfant peut dessiner des objets assez précisément (p. ex. une maison, un arbre, un personnage ou une voiture)<br>et m'expliquer ce qu'il a dessiné            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Mon enfant colorie un cahier de coloriage à peu près correctement   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Mon enfant sait dessiner un triangle  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Mon enfant sait coller et bricoler des objets simples   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Mon enfant sait découper le long d'une ligne droite avec des ciseaux pour enfant  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Mon enfant reconnaît certaines lettres et certains symboles (p. ex. signaux de circulation)   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Mon enfant reconnaît les couleurs rouge, jaune, vert, bleu, noir et blanc   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Mon enfant connaît les notions de temps et d'espace telles que en haut, en bas, hier  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Mon enfant sait distinguer les mots qui se ressemblent phonétiquement (p. ex. <i>tout</i> - <i>doux</i> )   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Mon enfant raconte des événements et des histoires dans un ordre logique et chronologique correct   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Pour cela, il utilise des phrases simples mais correctes  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Mon enfant prononce toutes les lettres correctement (veuillez répondre par « oui » même si votre enfant ne parvient pas à prononcer le « S » correctement/zézaie) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |



Mon enfant connaît les nombres et comprend la notion de plus et moins	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mon enfant écoute attentivement ce qu'on lui lit	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mon enfant s'habille tout seul et met ses chaussures sans se tromper de pied	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mon enfant construit des maisons, voitures, avions etc. reconnaissables en Lego, Duplo ou autres éléments de construction avec ou sans modèle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mon enfant joue à des jeux de rôle avec d'autres enfants (p. ex. aux gendarmes et aux voleurs)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mon enfant aime faire la course avec d'autres	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mon enfant se réjouit d'aller à l'école et a envie d'apprendre	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non



**Folgende grau hinterlegten Felder werden vom Kinderarzt ausgefüllt**

Summe „Ja“	_____
Grenzwert	männl. ≥ 19 weibl. ≥ 21
Auffällig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ausgefüllt am: ____ . ____ . ____      Ausgefüllt von: _____	