

Nom de famille de l'enfant	Prénom	Né(e) le	Nationalité	Nombre de frères et sœurs
Langue maternelle (mère/ père)	Langue maternelle (père/ mère)	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 : |_|_|_|_| gr Semaines de grossesse accomplies : |_|_| SG Naissance multiple

Développement

Des retards dans le développement de votre enfant ont-ils déjà été constatés ? Oui Non

Troubles du langage Oui Non Marche autonome jusqu'à 18 mois Oui Non

Premiers mots (tels que maman, papa) jusqu'à 18 mois Oui Non L'enfant est élevé dans plusieurs langues Oui Non

Contact avec la langue allemande depuis la naissance 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 droitier gaucher 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 ?

Troubles de la vision Non Oui Traitement du strabisme Non Oui Porteur de lunettes Non Oui

Troubles auditifs sévères Non Oui

Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes :

<input type="checkbox"/> Troubles auditifs sévères innés	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droite
<input type="checkbox"/> Troubles auditifs acquis durables	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droite
<input type="checkbox"/> Appareil auditif depuis	gauchemois/année	droitemois/année
<input type="checkbox"/> Implant de la cochlée depuis	gauchemois/année	droitemois/année

Troubles du métabolisme/hormonaux innés : Non Oui (lesquels ?) :

Déficit en MCAD Hypothyroïdie Phénylcétonurie HCS Mucoviscidose Diabète (type 1) Diabète (type 2)

Autres maladies chroniques : Non Oui (lesquels ?) :

Handicap sévère : Non Oui (lesquels ?) :

Médicaments à prendre régulièrement : Non Oui (lesquels ?) :

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 ?

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
Intégration précoce/ pédagogie curative/ergothérapie	<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

Pédiatre/Médecin de famille :

.....
Lieu, date

.....
Signature de la/des personne(s) investie(s) de la garde de l'enfant