



## Accueil au préscolaire Informations complétées par les parents

Nom de l'enfant _____ Date de naissance : _____
Nom parent 1 : _____ Langue maternelle : _____
Adresse : _____
Téléphone à la maison : _____ au travail` _____
Nom parent 2: _____ Langue maternelle : _____
Adresse : _____
Téléphone à la maison : _____ au travail` _____
Quelles langues sont parlées à la maison? <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre : _____

Votre enfant a déjà fréquenté un service scolaire? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Si oui, lequel? <input type="checkbox"/> Préscolaire 4 ans <input type="checkbox"/> Passe-Partout
Votre enfant a déjà fréquenté un service de garde? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Si oui, lequel? <input type="checkbox"/> Milieu familial : _____ <input type="checkbox"/> Garderie : _____
À partir de quel âge? _____ Combien de jours par semaine? _____
Votre enfant fréquentera le service de garde de l'école?: <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non

Votre enfant pesait moins de 2500g ou 5 lbs et 8 oz à sa naissance? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant est né avant la 37e semaine de grossesse? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Il y eu des complications lors de l'accouchement? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez :
Votre enfant présente un problème de santé : allergie, asthme, etc? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez :
Votre enfant prend des médicaments ? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez :
Votre enfant a eu un accident ou maladie avec hospitalisation? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez :
Un membre de la famille a eu des difficultés d'apprentissage? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez :

## Fiche d'observation complétée par les parents

LANGAGE	OUI	NON	REMARQUES
Parle à l'adulte			
Parle à d'autres enfants			
Écoute la personne qui parle			
Comprend bien ce qu'on lui dit			
Prononce correctement les mots			
Dit des phrases complètes et bien structurées			
SOCIALISATION	OUI	NON	REMARQUES
Quitte facilement ses parents			
Démontre de l'insécurité face à une situation nouvelle			
Démontre de l'agressivité (mots, gestes)			
Exécute une tâche à partir d'une consigne			
Partage ses jeux avec les autres enfants			
MOTRICITÉ	OUI	NON	REMARQUES
Bouge avec aisance et souplesse			
Manipule adéquatement des objets (ciseaux, crayons, etc.)			
AUDITION ET VISION	OUI	NON	REMARQUES
Entend bien			
Voit bien			
Porte des lunettes?			

<p>Votre enfant a déjà reçu des services d'un spécialiste du CLSC ou du centre de réadaptation? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, indiquez lequel :    <input type="checkbox"/> orthophoniste    <input type="checkbox"/> audiologiste    <input type="checkbox"/> travailleur social  <input type="checkbox"/> ergothérapeute    <input type="checkbox"/> psychologue    <input type="checkbox"/> physiothérapeute    <input type="checkbox"/> psychoéducateur</p> <p>Si oui, le suivi de votre enfant est terminé? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Y a-t-il d'autres informations sur le développement de votre enfant que vous jugez importants de fournir? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, précisez :</p>
--

<p>Remarque particulière des parents :</p> <p>Indication spécifique de l'école :</p>
---

\*Retourner à : [sjblasalle@csgm.qc.ca](mailto:sjblasalle@csgm.qc.ca)