

Nom de l'enfant

Prénom

classe

Questionnaire parental

Questionnaire rempli par Le père ☐ La mère ☐ Autre : DATE / /

Qui vous adresse ?

Pour quelle raisons ?

Date de la consultation / / Date de naissance / /

Antécédents

Grossesse et naissance (enfant adopté ? prématurité, réanimation, etc)

Age de la marche
Traitements en cours Non ☐ Oui ☐
Si oui lesquels
Hospitalisations depuis l'examen de 5 ans Non ☐ Oui ☐
Si oui nombre et motifs
Votre enfant a-t-il eu des difficultés de langage Non ☐ Oui ☐
A-t-il déjà eu de l'orthophonie Non ☐ Oui ☐
Dyslexie, ou autre problème scolaire dans la famille Non ☐ Oui ☐
.....

Avant ou à deux ans

Votre enfant pouvait-il associer deux mots (« papa pati, veux gato pas dodo ... ») Oui ☐ Non ☐
Pouvait-il vous faire comprendre ce qu'il voulait en vous regardant puis en pointant du doigt et du regard vers l'objet Oui ☐ Non ☐
Pouvait-il faire des jeux de faire-semblant : jouer à la dinette, bricoler, faire le ménage) ? Oui ☐ Non ☐
Pouvait-il s'intéresser à ce que vous lui montriez ? Oui ☐ Non ☐
Pouvait-il réagir en comprenant votre mimique de visage ? Oui ☐ Non ☐

Langage oral à l'entrée en petite section de maternelle (3 ans)

Était-il intelligible ? Oui ☐ Non ☐
Faisait-il des phrases avec nom verbe complément ? Oui ☐ Non ☐

Conditions de vie

Situation parentale
Parents vivant dans le même foyer Oui ☐ Non ☐
Famille monoparentale Oui ☐ Non ☐
Famille recomposée Oui ☐ Non ☐

Composition de la famille (nombre d'enfants et adultes présents à la maison)

.....
Activité du père Activité de la mère

Problèmes de santé dans la famille

Loisirs

Temps quotidien passé devant la TV
Temps quotidien passé devant les jeux vidéos
Temps quotidien passé devant l'ordinateur ou la tablette
Temps quotidien moyen passé dans des activités d'extérieur

Sommeil

Votre enfant dort-il dans le lit des parents une partie de la nuit ?	Non ☐	Oui ☐
Ronfle-t-il régulièrement la nuit ?	Non ☐	Oui ☐
Transpire-t-il beaucoup pendant la nuit ?	Non ☐	Oui ☐
Se réveille-t-il en pleine forme ?	Oui ☐	Non ☐
Fait-il régulièrement des pauses respiratoires pendant son sommeil ?	Non ☐	Oui ☐
S'endort-il facilement et dort-il bien sans se réveiller ?	Oui ☐	Non ☐
Heure du coucher		

Contrôle sphinctérien

Votre enfant est-il propre de jour ?	Oui ☐	Non ☐
Votre enfant est-il propre de nuit ?	Oui ☐	Non ☐
A-t-il des accidents dans la journée (slip taché, gouttes, selles ...) ?	Non ☐	Oui ☐

Profil sensoriel et sensori-moteur particulier

Aversion/évitement du contact tactile, de certaines textures ou tissus	Non ☐	Oui ☐
Réaction exagérée à un bruit fort ou absence de réaction	Non ☐	Oui ☐
Évitement ou attirance pour la lumière (perception accrue des ombres par exemple)	Non ☐	Oui ☐
Réaction anormale aux odeurs	Non ☐	Oui ☐
Mouvements répétitifs (mouvements des mains, balancements, déambulations, tournoiements)	Non ☐	Oui ☐

Comportement

Votre enfant bouge-t-il tout le temps ?	Non ☐	Oui ☐
Se met-il souvent en danger (risques inconsidérés) ?	Non ☐	Oui ☐
Se met-il en colère à la moindre contrariété ?	Non ☐	Oui ☐
Se montre-t-il le plus souvent étourdi (oublie, perd ses affaires personnelles) ?	Non ☐	Oui ☐
Se montre-t-il bagarreur et/ou opposant ?	Non ☐	Oui ☐
Peut-il attendre son tour quand il joue ou pour parler ?	Oui ☐	Non ☐
Peut-il mener jusqu'à son terme une activité prolongée ?	Oui ☐	Non ☐

Vie affective

Votre enfant est-il souvent angoissé ?	Non ☐	Oui ☐
Exprime-t-il de la tristesse ?	Non ☐	Oui ☐
Exprime-t-il des peurs et/ou des préoccupations gênant sa vie quotidienne (sur la saleté, les microbes, ou l'ordre par exemple) ?	Non ☐	Oui ☐
Exprime-t-il souvent des inquiétudes à votre égard ou sur votre santé physique ?	Non ☐	Oui ☐
Refuse-t-il de partir plusieurs jours chez une autre personne que les parents (grands-parents, amis.)	Non ☐	Oui ☐

Vie relationnelle

Votre enfant a-t-il tendance à s'isoler (en classe et/ou à la maison)	Non ☐	Oui ☐
A-t-il du mal à se faire des copains et à les garder ?	Non ☐	Oui ☐
Peut-il jouer seul dans une pièce ?	Oui ☐	Non ☐
Est-il très timide voir renfermé ?	Non ☐	Oui ☐
Paraît-il parfois bizarre dans ses propos ou son comportement	Non ☐	Oui ☐
Est-il fasciné par un sujet particulier, dont il est devenu expert	Non ☐	Oui ☐
Avez-vous l'impression qu'il ne communique pas ou peu, qu'il n'est pas vraiment dans l'échange ?	Non ☐	Oui ☐
Peut-il s'inscrire dans des jeux à règles ?	Oui ☐	Non ☐
Participe-t-il à des jeux collectifs ?	Oui ☐	Non ☐
Vous paraît-il avoir le sens de l'humour comme les enfants de son âge ?	Oui ☐	Non ☐
Comprend-t-il les expressions au 2 ^e degré (« mort de rire, as-tu perdu ta langue ? »)	Oui ☐	Non ☐
Peut-il tenir compte des conventions sociales et ne pas dire par exemple des paroles blessantes ou désagréables pour autrui ?	Oui ☐	Non ☐
En regard à une tristesse exprimée face à lui va-t-il spontanément vouloir consoler la personne ?	Oui ☐	Non ☐
Est-il contrarié de façon anormale par des changements dans sa routine ou ses habitudes ?	Oui ☐	Non ☐
Lui arrive-t-il de dire de petits mensonges (comme les enfants de son âge)	Oui ☐	Non ☐

Habiletés et repérage temporel et spatial

Votre enfant a-t-il des difficultés pour s'habiller (boutonnage, lacets, ...) ?
 Est-il à l'aise avec l'utilisation des couverts pour manger ?
 Est-il à l'aise avec l'utilisation des outils scolaires (ciseaux, règle, équerre, compas ...) ?
 Aime-t-il dessiner ?
 Est-il à l'aise avec les puzzles et les activités de construction ?
 Écrit-il mal ou lentement ?
 Est-il lent dans les gestes de la vie quotidienne (habillage, alimentation, dessin) ?
 Vous paraît-il maladroit ?
 Connait-il la droite et la gauche sur autrui ?
 Se repère-t-il dans les jours de la semaine ?

Non ☐ Oui ☐
 Oui ☐ Non ☐
 Oui ☐ Non ☐
 Oui ☐ Non ☐
 Oui ☐ Non ☐
 Non ☐ Oui ☐
 Non ☐ Oui ☐
 Non ☐ Oui ☐
 Oui ☐ Non ☐
 Oui ☐ Non ☐

Ce questionnaire concerne la plupart des compétences motrices que votre enfant fait avec ses mains ou lorsqu'il bouge. Veuillez comparer le degré de coordination qu'a votre enfant avec celui des autres enfants du même âge quand vous répondez aux questions. Veuillez entourer dans chaque ligne le chiffre correspondant à la réalisation de votre enfant « comme celle des enfants de son âge »	La description correspond				
	pas du tout à mon enfant	un peu à mon enfant	modérément à mon enfant	assez à mon enfant	tout à fait à mon enfant
Votre enfant lance un ballon de manière contrôlée et précise.	1	2	3	4	5
Votre enfant attrape une petite balle (par exemple de la taille d'une balle de tennis) lancée sur lui d'une distance d'environ 2 à 2,5 mètres.	1	2	3	4	5
Votre enfant frappe avec précision une balle ou un volant lancé sur lui avec une raquette.	1	2	3	4	5
Votre enfant saute facilement par-dessus des obstacles que l'on trouve dans les jardins et les aires de jeu	1	2	3	4	5
Votre enfant court vite et de façon comparable à celle des enfants du même âge et du même sexe	1	2	3	4	5
Lorsque votre enfant a le projet de faire une activité motrice, il/elle peut effectivement la réaliser (par exemple construire une cabane, utiliser des installations d'aires de jeu, faire un jeu de construction, un bricolage).	1	2	3	4	5
Votre enfant écrit, ou s'il/elle n'écrit pas encore, dessine suffisamment rapidement pour suivre le rythme des enfants de sa classe.	1	2	3	4	5
Votre enfant écrit des lettres, des chiffres et des mots de manière lisible et précise, ou s'il/elle n'écrit pas encore, colorie sans dépasser et fait des dessins que vous pouvez reconnaître.	1	2	3	4	5
Votre enfant fournit une pression adaptée pour écrire ou dessiner (il/elle ne tient pas son crayon de manière crispée, son écriture n'est pas appuyée ou trop foncée, ni trop claire).	1	2	3	4	5
Votre enfant découpe des images et des formes avec précision et facilité.	1	2	3	4	5
Votre enfant s'intéresse et aime participer aux activités sportives ou jeux dynamiques qui nécessitent de bonnes capacités motrices.	1	2	3	4	5
Votre enfant apprend facilement de nouvelles activités motrices (par exemple nager, faire du patin à roulettes) et n'a pas besoin de plus de pratique ou de temps que les enfants de son âge pour atteindre le même niveau de réalisation.	1	2	3	4	5
Votre enfant effectue avec rapidité et facilité les activités ordinaires de la vie quotidienne (par exemple ranger ses affaires, enfiler et lacer ses chaussures, s'habiller, etc.)	1	2	3	4	5
Votre enfant vous semble adroit (n'a pas tendance à renverser ou casser les objets).	1	2	3	4	5
Votre enfant peut rester assis en se tenant droit lorsqu'il doit être assis un certain temps (ne se fatigue pas facilement ou ne s'avachit pas comme s'il tombait de sa chaise).	1	2	3	4	5
* Ray-Kaeser, et Al.. (2019). Psychometric assessment of the French European Developmental Coordination Disorder Questionnaire (DCDQ-FE). <i>PLOS ONE</i> , 14(5), e0217280					

Audition

Trouble de l'audition déjà détecté ou suivi ORL en cours ?

Non ☐ Oui ☐

Votre enfant parle-t-il fort ?

Non ☐ Oui ☐

Fait-il répéter ?

Non ☐ Oui ☐

Entend-il mal ou monte-t-il le son de la télé ?

Non ☐ Oui ☐

Entend-il mal quand il y a du bruit autour ?

Non ☐ Oui ☐

Comprend-il tout ?

Oui ☐ Non ☐

Vision

Trouble de la vision déjà détecté ou suivi ophtalmologique en cours ?

Non ☐ Oui ☐

Examen ophtalmique réalisé depuis moins de 6 mois ?

Non ☐ Oui ☐

Difficultés déjà signalées

Difficulté signalée à l'école ?

Non ☐ Oui ☐

Si oui laquelle :

Est-il suivi par un CAMSP, un CMPP, un CMP, Aide humaine à l'école ?

Non ☐ Oui ☐

Pour quelle raison :

Votre enfant a-t-il déjà vu un(e) psychologue, un(e) orthophoniste, un(e) psychomotricien, un(e) ergothérapeute ?

Non ☐ Oui ☐

Si oui pourquoi et combien de temps :

.....

.....