****

**QUESTIONNAIRE PARENTS (ANAMNÈSE)**

 **Nom de l’enfant/adolescent :**       **Date de naissance :**       **Sexe :**

 **École :**       **Niveau scolaire :**

 **Adresse :**

 **Téléphone maison :**       **Cellulaire :**       **Travail mère :**       **Travail père :**

**CONFIDENTIALITÉ ET BUT VISÉ PAR LE QUESTIONNAIRE**

L’information fournie dans ce questionnaire servira à mieux connaître votre enfant et à dresser un meilleur portrait de lui ou elle. Les données recueillies seront utilisées dans la préparation du rapport d’évaluation en psychologie. Soyez assurés que vous avez le choix de refuser de répondre à certaines questions si vous ne le souhaitez pas.

**Notez bien :** Il existe trois exceptions au respect de la confidentialité :

1. Les situations où il est nécessaire de révéler des informations confidentielles afin de prévenir un danger clair et imminent pour la personne ou pour autrui.
2. Les situations où la loi exige que l’on révèle des informations confidentielles.
3. Les situations où il faut protéger un enfant. Pour toute autre raison, le partage d’information confidentielle, avec d’autres personnes que les membres du personnel scolaire concernés, requiert votre autorisation signée.

Questionnaire complété par :       Date :

**RAISON DE LA RÉFÉRENCE**

**DIFFICULTÉS PARTICULIÈRES –** Quelles difficultés percevez-vous chez votre enfant? Spécifiez en donnant des exemples de situations dans lesquelles le problème se présente :

Depuis quand votre enfant vit-il ces difficultés?

**STATUT FAMILIAL**

**STATUT FAMILIAL -**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  󠄀Famille naturel (père et mère vivant ensemble) | [ ]  Parents séparés ou divorcés | [ ]  Veuf ou veuve | [ ]  Enfant adopté | [ ]  En famille d’accueil |
| Si oui, depuis quand? : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**GARDE DE L’ENFANT***(dans le cas d’une séparation ou d’un divorce)***:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Partagée | [ ]  Visites sur une base régulière | [ ]  Visites occasionnelles |
|  | Qui a la garde? :      Fréquence des visites? :       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COMPOSITION FAMILIALE –** **Personnes vivant avec l’enfant :**  | Nom | Âge | Scolarité |
| [ ]  Père [ ]  Beau-père |       |       |       |
| [ ]  Mère [ ]  Belle-mère |       |       |       |
| [ ]  Frère [ ]  Sœur [ ]  Demi-frère [ ]  Demi-soeur |       |       |       |
| [ ]  Frère [ ]  Sœur [ ]  Demi-frère [ ]  Demi-soeur |       |       |       |
| [ ]  Frère [ ]  Sœur [ ]  Demi-frère [ ]  Demi-soeur |       |       |       |
| [ ]  Frère [ ]  Sœur [ ]  Demi-frère [ ]  Demi-soeur |       |       |       |
| [ ]  Autres (parenté, gardiens, tuteurs) |       |       |       |

**GARDERIE –** Est-ce que votre enfant va à la garderie ou dans un service de garde?

[ ]  Non [ ]  Oui, comment ça se déroule :

**HISTOIRE DE LA GROSSESSE ET NAISSANCE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **La GROSSESSE s’est déroulé :** | [ ]  À terme | [ ]  Avant terme | [ ]  Après terme |
|  |  Spécifiez :       |
|  |  |
| [ ]  Sans complication | [ ]  Avec complication Spécifiez :       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONSOMMATION durant la grossesse :** | [ ]  Médicament | [ ]  Cigarette | [ ]  Alcool | [ ]  Drogue |
| Spécifiez :       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L’ACCOUCHEMENT s’est déroulé :**  | [ ]  Accouchement naturel | [ ]  Césarienne |
| [ ]  Sans complication | [ ]  Avec complication, spécifiez :       |

Âge de la mère à la naissance du bébé :

Poids et taille à la naissance :      APGAR :

**SANTÉ DU BÉBÉ -** Comment décrivez-vous la santé du bébé à la naissance et durant la 1ère année :

**DÉVELOPPEMENT**

**DÉLAIS DE DÉVELOPPEMENT** - Avez-vous remarqué des problèmes quelconques durant les premières années de développement de votre enfant? [ ]  Non / [ ]  Oui, spécifiez :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vous souvenez-vous à quel âge :**  | Âge | Pas certain(e) | Renseignements supplémentaires |
| Il a marché seul. |       |       |       |
| Il a dit ses premiers mots et phrases. |       |       |       |
| Il a été propre de jour/nuit. |       |       |       |
| Il s’est habillé seul. |       |       |       |
| Il a attaché ses souliers seul. |       |       |       |
| Il a conduit une bicyclette seul. |       |       |       |

**HISTOIRE MÉDICALE de l’enfant**

**SANTÉ ENFANCE** – Votre enfant a-t-il eu des problèmes de santé en bas âge?

[ ]  Non [ ]  Oui, spécifiez :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Votre enfant a-t-il :** | NON | OUI | Spécifiez : |
| déjà été hospitalisé? | [ ]  | [ ]  |       |
| déjà reçu une opération? | [ ]  | [ ]  |       |

**MALADIE -** Votre enfant est-il atteint d’une maladie chronique ou a-t-il été diagnostiqué?

[ ]  Non / [ ]  Oui, spécifiez :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Entre autres, a-t-il eu plusieurs : | [ ]  Otites | [ ]  Problème thyroïdien | [ ]  Blessures à la tête |

**MÉDICATION -** Votre enfant prend-il des médicaments sur une base régulière? [ ]  Non / [ ]  Oui, spécifiez :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom du médicament | Posologie (quantité) | Fréquence | Prescrit par qui? |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Votre enfant a-t-il déjà / est-il actuellement suivi/évalué par :** | Date consultation/évaluation | Nom du professionnel |
| Médecin de famille |  |  |
| Pédiatre |  |  |
| Psychiatre |  |  |
| Audiologiste |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |
| Neurologue |  |  |
| Pédopsychiatre |  |  |
| Psychologue |  |  |
| Optométriste | *Lunettes depuis :*       |  |
| Orthophoniste |  |  |
| Travailleur/euse social  |  |  |
| Autre(s)  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX – Est-ce qu’il y a un membre de la famille (proche ou élargie) qui a rencontré une/des difficulté.s ? :** | OUI | NON | Spécifiez : Nature du problème et lien de parenté |
| Limite intellectuelle | [ ]  | [ ]  |       |
| Difficultés d’apprentissage | [ ]  | [ ]  |       |
| Problèmes de comportements et/ou avec la loi | [ ]  | [ ]  |       |
| Comportements suicidaires | [ ]  | [ ]  |       |
| Problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, schizophrénie, trouble bipolaire, etc.) | [ ]  | [ ]  |       |
| Autre(s) :       | [ ]  | [ ]  |       |
| Autre(s) :       | [ ]  | [ ]  |       |

**VIE QUOTIDIENNE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HORAIRE QUOTIDIENNE –** **Votre enfant pendant la :**  | semaine | fin de semaine |
| se lève à :  |       |       |
| se couche à : |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **HABITUDES ALIMENTAIRES –** **Est-ce que votre enfant :** | OUI | NON | Renseignements supplémentaires |
| a alimentation variée? | [ ]  | [ ]  |       |
| a un bon appétit? | [ ]  | [ ]  |       |
| a eu des changements au niveau de l’appétit? | [ ]  | [ ]  |       |
| a eu une perte de poids inexpliquée? | [ ]  | [ ]  |       |

**SOMMEIL –** Votre enfant dort : **[ ]** Seul / [ ]  Avec vous à l’occasion, spécifiez :

Combien de temps prend-il pour s’endormir?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Est-ce que votre enfant :** | OUI | NON | Renseignements supplémentaires |
| fait des cauchemars? Terreurs nocturnes? | [ ]  | [ ]  |       |
| est somnambule? | [ ]  | [ ]  |       |
| a peur du noir? | [ ]  | [ ]  |       |
| mouille son lit? | [ ]  | [ ]  |       |
| se réveille souvent? | [ ]  | [ ]  |       |
| fait de l’insomnie? | [ ]  | [ ]  |       |

 **CLIMAT FAMILIAL / MILIEU DE VIE**

**RELATIONS FAMILIALES -** Comment définiriez-vous la relation entre votre enfant et les membres de la famille (mère, père, frère(s) et sœur(s)?

**DISCIPLINE –** En général, lorsqu’un conflit survient, que faites-vous? Est-ce que les deux parents interviennent de la même façon? Quels sont les moyens de discipline qui furent essayés? Décrivez :

**CORVÉES -** Est-ce que votre enfant effectue des tâches particulières à la maison? Reçoit-il une récompense pour ces tâches? **[ ]** Non / [ ]  Oui, spécifiez :

**ÉVÉNEMENT FAMILIAL** - Décrivez tout événement majeur dans la vie de votre enfant qui aurait pu affecter son fonctionnement physique, émotif, psychologique ou social. Par exemple : accident, perte d’un être cher, séparation des parents, déménagement, etc,. Spécifiez l’âge et de quel événement il s’agit.

**FONCTIONNEMENT PERSONNEL ET AFFECTIF DE L’ENFANT**

**QUALITÉS ET FORCES -** Quelles sont les qualités et forces de votre enfant?

**INTÉRÊTS, COMPÉTENCES, PASSE-TEMPS -** Quels sont les intérêts, compétences et passe-temps préférés de votre enfant?

**JEUX** – S’intéresse-t-il à une variété de jeux/jouets?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Habituellement, votre enfant passe combien de temps :** | Jamais | Parfois | Souvent |
| À regarder la télévision |       |       |       |
| À jouer à des jeux vidéo / ordinateur / tablette / cellulaire / iPod |       |       |       |
| À lire |       |       |       |
| À jouer à l’extérieur |       |       |       |

**HUMEUR -** Comment définissez-vous l’humeur de votre enfant de façon général (tristesse, anxiété, sensible, etc.)?

**COMPORTEMENT au quotidien -** Comment définissez-vous le comportement de votre enfant au quotidien à la maison? (Description de l’heure des repas, l’heure du coucher, départ et retour de l’école, discussion, etc.)

**PROBLÈMES DE COMPORTEMENTS –** Est-ce que votre enfant présente des problèmes de comportements à la maison?

**[ ]** Non (passez à la section suivante) / [ ]  Oui, spécifiez le type de problèmes qu’il s’agit (que fait-il?), la fréquence et répondez aux questions dans la section qui suit.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPORTEMENTS –** **Comment décrieriez-vous votre enfant sur ces points :** | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Toujours | Commentaires |
| **Tempérament** | Tendance à la rigidité | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Responsable et autonome | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| S’adapte bien aux situations nouvelles / changement de routine | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Perfectionniste | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Très sensible à l’échec | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Renfermé / souvent triste | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Ayant des changements rapides d’humeurs  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Anxieux ou préoccupé | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Opposant | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Devient facilement irritable | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Sujet à des crises de colère | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Attention** | Impulsif | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Inattentif : facilement distrait par les bruits extérieurs | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Inattentif : facilement absorbé par ses pensées ou lunatique | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Hyperactif (trop actif) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Motricité** | Ayant des difficultés de motricité fine (dessin, écriture, découpage en suivant les lignes, attacher des boutons, colorier dans les lignes…) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Ayant des difficultés de motricité globale (difficultés au niveau de la coordination, sauter, grimper, lancer/attraper un ballon, faire de la bicyclette à deux roues…) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Autres** | Hypersensible aux bruits de l’environnement | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| A de la difficulté à exprimer clairement ses messages / idées | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| A de la difficulté à respecter les consignes | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |

**FONCTIONNEMENT SOCIAL DE L’ENFANT**

**AMITIÉS –** Est-ce que votre enfant est habile pour se faire des amis? Comment s’entend-il avec ses amis? Décrivez :

Environ combien d’amis a-t-il?       Viennent-ils à la maison?

**PARTICIPATION –** Préfère-t-il jouer seul ou avec quelqu’un? Décrivez :

Est-ce qu’il fait partie de clubs ou groupes sociaux/sportifs (exemple : scouts, hockey, etc.)?

**[ ]** Non / [ ]  Oui, spécifiez :

**FONCTIONNEMENT SCOLAIRE DE L’ENFANT**

**ATITUDE FACE À L’ÉCOLE -** Décrivez l’attitude de votre enfant par rapport à l’école. Exemple : Vous parle-t-il de ce qu’il fait à l’école? Qu’est-ce qu’il aime/n’aime pas? Est-ce qu’il vous parle des autres?

**TRAVAUX SCOLAIRE -** Décrivez comment s’effectuent les travaux scolaires à la maison. Exemple : Qui l’aide pour ses devoirs? Combien de temps prend-il pour ses devoirs et leçons? Est-ce une période difficile? Apporte-il le matériel nécessair?

**MATIÈRES SCOLAIRES –** Dans quelles matières scolaires votre enfant réussi-t-il le mieux? Le moins bien? Quelles matières préfère-t-il? Lesquelles aime-t-il le moins?

**DIFFICULTÉS D’APPRENTISSAGE -** Avez-vous l’impression que votre enfant présente des difficultés d’apprentissage?

**[ ]** Non / [ ]  Oui, lesquelles et en quelle année ces difficultés ont-elles commencées?

|  |  |
| --- | --- |
|  *Au niveau personnel :* [ ]  Attention  [ ]  Mémoire  [ ]  Motivation scolaire [ ]  Confiance en soi/Estime de soi  [ ]  Autonomie à l’école |  *Au niveau académique :* [ ]  Lecture [ ]  Calligraphie [ ]  Épellation (orthographe des mots)  [ ]  Mathématiques  |
| [ ]  Autre, décrivez :       |

**PROBLÈMES DE COMPORTEMENTS –** Est-ce que votre enfant présente des problèmes de comportements à l’école dont vous êtes au courant? **[ ]** Non / [ ]  Oui, spécifiez le type de problèmes (que fait-il?) et la fréquence :

**AUTRES COMMENTAIRES / INFORMATIONS PERTINENTES**

**ATTENTES -** Quelles sont vos attentes pour votre enfant (cette année et les prochaines années)?

**QUESTIONS / COMMENTAIRES -** Quelles questions/commentaires avez-vous sur l’évaluation psychologique de votre enfant?

**Merci pour votre collaboration!**