

Transition de la petite enfance vers l'école

Document complémentaire à l'inscription

En route vers :

Passe-Partout Préscolaire 4 ans Préscolaire 5 ans

Chers parents,

Ce questionnaire a pour but de nous aider à **mieux connaître votre enfant** afin de **bien l'accompagner** dans son développement et son cheminement scolaire. Ces informations sont **confidentielles** et seront utilisées pour favoriser une transition de qualité vers le préscolaire. Merci du temps que vous y consacrez. Vous nous aidez à faire de la rentrée de votre enfant un moment magique!

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance _____
aaaa/mm/jj

Nom du parent 1 : _____

Nom du parent 2 : _____

Quelles langues sont parlées à la maison? Français Autre : _____

Votre enfant a déjà fréquenté un service de garde : Oui / Non

Si oui, lequel? CPE : _____ service de garde en milieu familial (RSG)
 garderie privée membre de la famille

À partir de quel âge? _____ Combien de jours par semaine? _____

Bénéficiait-il d'un service particulier? _____

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté l'école (pour l'enfant qui s'inscrit au préscolaire 5 ans seulement) : Oui / Non

Si oui, lequel? Préscolaire 4 ans Passe-Partout

Votre enfant a-t-il participé à des ateliers de préparation à l'école (Maison des Familles, etc.) :

Oui / Non Si oui, lequel? _____

Votre enfant pesait moins de 2 500 grammes ou 5 livres et 8 oz à sa naissance : Oui / Non

Votre enfant est né avant la 37^e semaine de grossesse : Oui / Non

Votre enfant présente un problème de santé : Oui / Non

Si oui, précisez : _____

Votre enfant prend-il des médicaments liés à ce problème de santé: Oui / Non

Si oui, précisez : _____

Un membre de la famille a eu des difficultés d'apprentissage : Oui / Non

Si oui, précisez la difficulté : _____

Votre enfant...

AUTONOMIE	OUI	NON	PARFOIS	REMARQUES
Peut s'habiller seul				
Va à la toilette et s'essuie seul				
COMMUNICATION	OUI	NON	PARFOIS	REMARQUES
Parle aux adultes				
Parle à d'autres enfants				
Écoute la personne qui parle				
Comprend bien ce qu'on lui dit				
Prononce correctement les mots				
Fait des phrases complètes				
Se fait comprendre de tous				
ATTITUDES ET COMPORTEMENT	OUI	NON	PARFOIS	REMARQUES
Quitte facilement ses parents				
Est capable de s'adapter à la nouveauté				
Met sa sécurité et celle des autres en danger : frappe ou fugue				
Partage ses jeux avec les autres enfants				
Accepte de se faire dire non				
Capable d'attendre son tour				
A conscience du danger				
MOTRICITÉ	OUI	NON	PARFOIS	REMARQUES
Monte et descend les escaliers en alternant les pieds				
Utilise des ciseaux et des crayons				
AUDITION ET VISION	OUI	NON	PARFOIS	REMARQUES
A-t-il déjà fait un test d'audition ?				
A-t-il déjà fait un examen de la vue ?				

Votre enfant a-t-il déjà reçu des services d'un spécialiste du réseau de la Santé et des Services sociaux? Oui / Non

Si oui, indiquez lequel : orthophonie audiologie travail social ergothérapie
 psychologie physiothérapie psychoéducation pédopsychiatrie

Si oui, le suivi de votre enfant est-il terminé? Oui / Non **Si oui, depuis quand?** _____

Un rapport a-t-il été produit ? Oui / Non

Si oui, merci de nous fournir une copie du rapport professionnel afin d'orienter nos interventions scolaires.

Y a-t-il d'autres informations qui pourraient influencer son adaptation à l'école? (Ex : décès, séparation, accident, maladie, ...)

Précisez :

Signature du parent : _____

Date : _____