



École Laurendeau-Dunton

1515, rue Rancourt

LaSalle (Québec) H8N 1R7

Tél : (514) 595-2049 Téléc: (514) 595-2115

Courriel: direction.ecolelaurendeau-dunton@csmb.qc.ca

ENVOYEZ LE QUESTIONNAIRE AU SECRÉTARIAT DE L'ÉCOLE **AVANT LE 26 AVRIL 2021**

Application sur Google Play = Google Traduction

https://play.google.com/store/apps/details?id=com.google.android.apps.translate&hl=fr_CA&gl=US



Mon enfant au préscolaire 2021-2022

Parlez-nous de votre enfant

NOM DE L'ENFANT : _____

DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT : _____ LIEU DE NAISSANCE DE L'ENFANT : _____

(ville ou pays)
ANNÉE D'ARRIVÉE DE L'ENFANT AU QUÉBEC : _____

FAMILLE . . .

NOM DU PÈRE : _____ PAYS D'ORIGINE : _____

NOM DE LA MÈRE : _____ PAYS D'ORIGINE : _____

L'enfant vit avec : mère père garde partagée père et mère autre _____

FRÈRE(S) ET SCEUR(S): nom complet / âge de chacun / degré scolaire

EST-CE QUE LA FAMILLE EST ARRIVÉE DIRECTEMENT AU QUÉBEC OU SI VOUS AVEZ VÉCU DANS D'AUTRES PAYS?

___ oui ___ non, nous avons été dans les pays suivants : _____

QUEL EST VOTRE STATUT AU CANADA : ___citoyen canadien ___ résident permanent ___demandeur d'asile ___réfugié ___autre

PERSONNALITÉ

Habituellement votre enfant est :

calme respectueux des règles confiant autonome fait de l'opposition agité insécure

Exprime-t-il facilement ses sentiments (joie, peine, colère...)? oui non

Qu'est-ce qu'il fait quand il est agité? _____ Comment le calmez-vous? _____

Qu'est-ce qu'il fait quand il est fâché? _____ Comment le calmez-vous? _____

Qu'est-ce qu'il fait quand il a de la peine? _____ Comment le consolez-vous? _____

A-t-il des responsabilités à la maison? oui non

Si oui lesquelles? _____

A-t-il l'habitude d'être avec d'autres enfants en dehors de la famille? Oui non

Comment est-il quand il joue avec d'autres enfants? Leader, directif solitaire se dispute souvent partage se tiraille

Capable de demander un jeu à un ami capable d'attendre son tour

A-t-il fréquenté la pré-maternelle? oui non

un CPE? oui non

la garderie? oui non

Nom de l'institution : _____ lieu : _____

Date : _____ du : _____ au : _____

A-t-il le goût de venir à l'école? oui non Comment le montre-t-il? _____

DÉVELOPPEMENT LANGAGIER DE L'ENFANT . . .

Langue(s) parlée(s) à la maison : _____

Quelle langue est la plus utilisée et maîtrisée : _____

Langage : Avez-vous remarqué les éléments suivants chez votre enfant?

Difficulté à prononcer des sons Difficulté à prononcer des mots Difficulté à faire des phrases complètes Difficulté à comprendre Difficulté à se faire comprendre par les autres lorsqu'il parle

Apprentissage du français:

Depuis combien de temps : _____

Votre enfant s'exprime-t-il clairement et avec facilité en français? Oui Non

HABITUDES DE VIE . . .

Avez-vous de la facilité à le coucher le soir? oui non heure du coucher : _____

Dort-il bien la nuit? oui non précisez (ex : se réveille, a peur, ne veut pas dormir, sommeil agité, mouille son lit, etc.) : _____

APTITUDES	seul / seule	avec l'aide de ses frères ou sœurs	avec l'aide de ses parents	avec ses amis(es) du voisinage
Manger				
Boutonner ses vêtements / attacher une fermeture-éclair				
Mettre et attacher ses souliers				
Se laver				
Se moucher				
Ranger ses jouets				
Faire son lit				
Jouer				
Capable d'aller à la toilette				
Colorier				
Découper				

Autres :

SANTÉ

Est-ce que votre enfant est né à terme : oui non précisez : _____

Y a-t-il eu complication à la naissance oui non précisez : _____

Y a-t-il eu des événements importants ou difficiles dans la vie de votre enfant depuis sa naissance ? Exemples :
accident chirurgie deuil séparation maladie déménagement autre : _____

Votre enfant a-t-il un problème de santé dont on doit être informé ou des allergies? A-t-il un besoin particulier que nous devrions connaître?

Avez-vous déjà consulté un spécialiste pour votre enfant ? oui non

Lequel : pédopsychiatre neurologue psychologue ergothérapeute orthophoniste travailleur social autre

Indiquez l'année, l'endroit, la raison de la consultation : _____

Merci de nous faire parvenir le/les rapports en lien avec sa réussite scolaire.

Un test visuel ou auditif a-t-il été fait récemment? oui non Si oui, quand : _____

COMMENTAIRES . . .

Qu'espérez-vous que le préscolaire apporte à votre enfant?

Autres commentaires, si vous le désirez :

