

Transition de la petite enfance vers l'école

Document complémentaire à l'inscription

En route vers :

Passe-Partout Maternelle 4 ans Maternelle 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 : _____

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 à la maternelle 5 ans seulement): Oui / Non

Si oui, lequel? Maternelle 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 |
| Met sa sécurité et celle des autres en danger : frappe ou fugue | | | | |
| Est capable de s'adapter à la nouveauté | | | | |
| Quitte facilement ses parents | | | | |
| 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 tels qu'orthophonie, audiologie, travail social, ergothérapie, psychologie, physiothérapie, psychoéducation et pédopsychiatrie ? Oui / Non / En attente de service

Si vous avez répondu **Oui** ou si vous êtes **en attente de service**, veuillez compléter l'**annexe** qui suit pour nous fournir davantage de renseignements.

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 : _____

Services reçus par votre enfant

***À remplir seulement si votre enfant reçoit, a reçu ou en est attende de recevoir des services de spécialistes.**

Orthophonie

- Service public (CISSS, CRDP, CRDI) Service privé **Nom de l'intervenant :** _____
 Je ne sais pas
- 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.

Audiologie

- Service public (CISSS, CRDP, CRDI) Service privé **Nom de l'intervenant :** _____
 Je ne sais pas
- 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.

Travail social

- Service public (CISSS, CRDP, CRDI) Service privé **Nom de l'intervenant :** _____
 Je ne sais pas
- 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.

Ergothérapie

- Service public (CISSS, CRDP, CRDI) Service privé **Nom de l'intervenant :** _____
 Je ne sais pas
- 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.

Psychologie

- Service public (CISSS, CRDP, CRDI) Service privé **Nom de l'intervenant :** _____
 Je ne sais pas
- 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.

Physiothérapie

- Service public (CISSS, CRDP, CRDI) Service privé **Nom de l'intervenant :** _____
 Je ne sais pas
- 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.

Psychoéducation

- Service public (CISSS, CRDP, CRDI) Service privé **Nom de l'intervenant :** _____
 Je ne sais pas
- 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.

Pédopsychiatrie

- Service public (CISSS, CRDP, CRDI) Service privé **Nom de l'intervenant :** _____
 Je ne sais pas
- 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.

Signature du parent : _____

Date : _____