



QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT - CENOP

Date du jour: _____

Nom de l'enfant/de l'adolescent : _____ Âge : _____

Il est normal que selon l'âge de l'enfant, certaines questions vous semblent plus ou moins pertinentes, mais sont des données importantes à colliger. Nous vous demandons de répondre le plus précisément possible selon vos connaissances. Merci beaucoup de votre collaboration.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

(note : le carnet de santé de votre enfant peut vous être utile pour remplir ce questionnaire)

Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____

Nom de la mère : _____ Nom du père : _____

Qui complète le questionnaire? : Mère Père Autre : _____

Téléphone: Mère: _____ Père: _____

HISTOIRE FAMILIALE

1. Langue maternelle : _____ 2. Langue parlée à la maison : _____

3. Langue d'enseignement : _____

4. Mère : Âge : _____ Scolarité : _____ Occupation : _____

5. Père : Âge : _____ Scolarité : _____ Occupation : _____

6. Les parents sont : mariés/conjoints de fait divorcés/séparés célibataires monoparentaux
 décédés remariés

7. Si les parents sont séparés/divorcés, quel âge avait l'enfant au moment de la séparation? : _____

L'enfant vit : avec la mère avec le père en garde partagée en famille reconstituée

autre situation : _____

8. L'enfant est-il adopté? Oui Non

9. Est-il en famille d'accueil? Oui Non

10. Avez-vous d'autres enfants? Oui Non Si OUI, inscrivez le nom, l'âge et le sexe de chacun :

Nom : _____ Âge: _____ Sexe : _____



QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT - CENOP

HISTOIRE DE LA GROSSESSE ET DE LA NAISSANCE

1. Le médecin / la mère ont-ils noté des problèmes lors (expliquez) :

de la grossesse : _____

du travail : _____

de l'accouchement : _____

2. La grossesse de cet enfant était la : 1^{ère} 2^e 3^e Autre, précisez : _____

3. L'enfant est-il né à terme? Oui Non, il est né à (ex : 36 semaines) : _____

4. Pendant la grossesse, y a-t-il eu :

a) Prise de médicaments? Oui Non Si OUI, lesquels et pourquoi?

b) Consommation d'alcool? Oui nombre de verres / jour : _____ Non

c) Consommation de tabac (fumer des cigarettes)? Oui - nombre / jour : _____ Non

d) Consommation de drogue (cannabis, opioïdes (p.ex. *fantanyl*, *héroïne*), cocaïne, etc.)?

Oui Type: _____ Fréquence de consommation : _____ Non

5. À la naissance, quel était : le poids : _____ l'Apgar : _____ le périmètre crânien? _____

6. L'enfant a présenté des problèmes de : Jaunisse Rh

Autres anomalies, problèmes rencontrés ou informations que vous jugez importantes concernant la grossesse ou la naissance :

HISTOIRE MÉDICALE

1. L'enfant a-t-il déjà eu des convulsions? Oui Non Des crises d'épilepsie? Oui Non

Si oui, quel âge avait-il (année et mois)? : _____

En présente-t-il encore? : _____ À quelle fréquence : _____

Prend-il une médication pour contrôler ses convulsions / son épilepsie? Oui Non

Si OUI, laquelle? : _____

2. L'enfant a-t-il déjà perdu connaissance? Oui Non Si OUI, à quelle(s) occasion(s)? :



QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT - CENOP

3. L'enfant a-t-il déjà eu un accident? Si oui, qu'est-il arrivé? : _____

Quand? _____ A-t-il été inconscient (perdu connaissance)? Oui Non

A-t-il eu des maux de tête? Oui Non A-t-il vomi? Oui Non

4. L'enfant a-t-il déjà subi des opérations? Oui Non Si OUI, laquelle/lesquelles et quand? : _____

5. L'enfant a-t-il eu d'autres maladies graves? Oui Non Si OUI, précisez : _____

6. Y a-t-il un autre membre de la famille qui souffre ou a souffert de (cochez) : Oui Degré de parenté avec l'enfant

Convulsions-épilepsie _____

Déficience intellectuelle _____

Difficultés à l'école en français _____

Trouble du langage écrit (dyslexie / dysorthographe) _____

Difficultés à l'école en mathématiques _____

Trouble d'apprentissage en mathématiques (dyscalculie) _____

Hyperactivité/Impulsivité (TDAH) _____

Déficit d'attention / Inattention (TDA) _____

Tics/Syndrome Gilles de la Tourette _____

Trouble obsessionnel (TOC) _____

Dépression _____

Anxiété / phobie _____

Troubles du spectre de l'autisme (TSA)
(Trouble envahissant du développement -TED- ou Asperger) _____

Trouble du langage oral (dysphasie) _____

Trouble de la motricité ou praxique
(dyspraxie ou trouble développemental de la coordination) _____

Fonctionnement dans la douance (Haut potentiel) _____

Autre? : _____ _____

7. L'enfant a-t-il déjà consulté en neurologie? Oui Non Si OUI, pour quelle(s) raison(s) et à quel âge? _____

8. L'enfant a-t-il déjà été vu en optométrie? Oui Non Si OUI, date de la dernière visite : _____

L'enfant a-t-il des problèmes de vision? Oui Non Si OUI, lesquels? : _____



QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT - CENOP

9. L'enfant a-t-il déjà été vu en audiologie? Oui Non Si OUI, date dernière visite : _____
L'enfant a-t-il des problèmes auditifs? Oui Non Si OUI, lesquels? : _____
10. L'enfant a-t-il eu plusieurs infections aux oreilles? Oui Non Si OUI - Fréquence : _____
Quand? _____ A-t-il eu des tubes (drains)? _____ A-t-il pris des antibiotiques de façon répétée? _____
11. L'enfant a-t-il des problèmes au niveau de l'alimentation ou avez-vous des inquiétudes par rapport à son alimentation ?
 Oui Non Si OUI, précisez : _____
Suit-il un régime particulier (ex: sans gluten, sans lactose)? Oui Non Si OUI, précisez : _____
Souffre-t-il de constipation ou de diarrhée fréquente? Oui Non Si OUI, précisez : _____
Autres particularités concernant son alimentation : _____

12. L'enfant présente-t-il des troubles du sommeil? agitation dort profondément mouille son lit
 parle pendant son sommeil peur du noir fait des cauchemars terreurs nocturnes – décrivez : _____

- Dort-il seul? Oui Non
Lui arrive-t-il de dormir avec ses parents? Oui Non Si OUI, à quelle(s) occasion(s)? : _____
13. En général, la semaine il se lève à : _____ et se couche à : _____
Et la fin de semaine, il se lève à : _____ et se couche à : _____
14. Combien de temps prend-il pour s'endormir? _____
15. Le matin, au lever, est-il en forme? Oui Non
16. Faites la liste des médicaments que prend votre enfant actuellement (nom, dosage) : _____

HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT

Note : pour les enfants adoptés, il est possible que vous ne puissiez répondre à certaines questions.

1. Les premiers mois à la maison, suivant la naissance, ont-ils été difficiles? Oui Non
Si OUI, pourquoi? : _____



QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT - CENOP

2. Parmi les termes suivants, lesquels pourraient s'appliquer aux comportements de l'enfant durant sa petite enfance (0-2 ans)? (cochez) :

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Sage et heureux | <input type="checkbox"/> | Pleurnichard et irritable | <input type="checkbox"/> | Aime se faire bercer | <input type="checkbox"/> |
| S'alimente facilement | <input type="checkbox"/> | Difficile à nourrir | <input type="checkbox"/> | Facile à apaiser | <input type="checkbox"/> |
| Dort bien | <input type="checkbox"/> | Se réveille plusieurs fois la nuit | <input type="checkbox"/> | N'aime pas être pris | <input type="checkbox"/> |
| Peu actif | <input type="checkbox"/> | Souvent agité/en mouvement | <input type="checkbox"/> | Fait des crises de colère | <input type="checkbox"/> |
| Assure un contact visuel | <input type="checkbox"/> | Fuit le regard | <input type="checkbox"/> | Se frappe | <input type="checkbox"/> |

3. Comparativement à d'autres enfants, a-t-il présenté des retards de langage au niveau de :

La compréhension : Oui Non

L'expression : Oui Non

**** Pour les enfants de plus de 6 ans, les 2 prochaines sections ciblent la petite enfance.**

Langage réceptif (compréhension) :

L'enfant comprend les consignes en regardant les autres : Oui Non

L'enfant a besoin qu'on illustre les consignes avec des gestes ou des images : Oui Non

L'enfant comprend les consignes simples : « **Va chercher tes souliers.** » Oui Non

L'enfant comprend les consignes complexes ou qui contiennent plusieurs éléments : « **Mets tes pantoufles rouges sous le lit.** » Oui Non

Quelle est sa réaction lorsque les gens ne le comprennent pas? : _____

Commentaires : _____

Langage expressif :

L'enfant est capable de s'exprimer par des gestes (ex: en pointant) : Oui Non

L'enfant s'exprime plutôt par du jargon : Oui Non

L'enfant s'exprime par des mots isolés : Oui Non

L'enfant s'exprime par des phrases courtes (2-3 mots) : Oui Non

L'enfant s'exprime par des phrases élaborées : Oui Non

4. À quel âge a-t-il dit ses premiers mots? : _____ Ses premières phrases? : _____



QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT - CENOP

MOTRICITÉ

1. Comparativement à d'autres enfants, a-t-il **présenté des difficultés dans** les :

Habilités motrices globales (marcher, sauter, faire de la bicyclette...) : Oui Non

Habilités motrices fines (boutonner, lacer, dessiner...) : Oui Non

Que dessine-t-il? : _____

2. À quel âge a-t-il complété l'entraînement à la propreté le jour? _____ la nuit? _____

Lui arrive-t-il encore de «s'échapper»? Oui Non

3. À quel âge a-t-il marché? : _____

4. À quel âge a-t-il montré une préférence pour l'une ou l'autre main? : _____ Laquelle? Droite Gauche

COMPORTEMENT

1. Comparativement à d'autres enfants, a-t-il présenté des difficultés à :

rester assis pour écouter la télévision ou une histoire? Oui Non

jouer et socialiser avec les autres enfants? Oui Non

2. Comment joue-t-il? Comment utilise-t-il le matériel du jeu? (imitation, exploration, répétition) : _____

3. L'enfant préfère-t-il jouer avec des enfants plus jeunes, plus vieux ou du même âge que lui? : _____

4. L'enfant a-t-il l'occasion de jouer avec des enfants de son âge? Oui Non

L'enfant joue-t-il souvent seul à deux en groupe

À quoi aime-t-il jouer? : _____

Comment entre-t-il en relation avec les enfants? _____

Comment s'est déroulée l'intégration de l'enfant à la garderie/école? _____

Comment entre-t-il en relation avec les adultes? : _____



QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT - CENOP

5. Considérez-vous votre enfant comme: hyperactif inattentif en trouble de comportement
6. A-t-il eu des difficultés de séparation lors de départs? Oui Non Si OUI, jusqu'à quel âge? : _____
7. L'enfant a-t-il déjà suivi une psychothérapie ou vu un(e) psychologue? Oui Non
Si oui, pour quelle raison? _____
L'enfant avait quel âge? _____
8. L'enfant a-t-il déjà eu une **évaluation** : en **psychologie**? Oui Non en **orthophonie**? Oui Non
en **ergothérapie**? Oui Non en **psychoéducation**? Oui Non
Si oui, à quel âge? : _____ Les résultats sont-ils disponibles? : _____

Quelles conclusions en avez-vous tirées? _____

9. À quel âge avez-vous eu des inquiétudes quant au développement de l'enfant pour la première fois? : _____

Quelles étaient les principales inquiétudes à ce moment-là? : _____

10. Quelles sont vos principales inquiétudes actuellement? : _____

HISTOIRE SCOLAIRE

1. En quelle année est-il actuellement? _____ Nom de l'école : _____

Adresse : _____

Téléphone: _____ Nom de son(ses) enseignant(s): _____

2. L'enfant a-t-il eu des difficultés à développer les habiletés préscolaires (nommer les couleurs, l'alphabet, les chiffres, les formes,...): Oui Non Si OUI, décrivez : _____

3. Avez-vous l'impression que votre enfant présente des troubles/difficultés d'apprentissage? Oui Non

Si oui, de quelle nature? : _____

En quelle année ces difficultés ont-elles commencé? Maternelle 1 ère année 2e année
 autre niveau - lequel : _____

4. A-t-il déjà recommencé une année? Oui Non Si OUI, laquelle? : _____

Pourquoi? : _____



QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT - CENOP

5. Avez-vous des inquiétudes sur le rendement de votre enfant dans l'un ou l'autre de ces secteurs de la vie quotidienne?

- | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------|------------------------------|------------------------------|
| Attention | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Mémoire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Apprendre de nouvelles connaissances | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Développement social | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Autonomie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Motricité fine | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Confiance en soi/Estime de soi | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Motricité globale | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Autre? Décrivez : _____

6. Avez-vous des inquiétudes sur le rendement de votre enfant dans l'une ou l'autre de ces matières scolaires :

- lecture (fluidité/précision) compréhension en lecture orthographe grammaire
- mathématiques calligraphie autre (décrivez) :

7. Votre enfant reçoit-il ou a-t-il reçu des services pédagogiques spéciaux?

- Dans une école spéciale - nom : _____
- En orthopédagogie pour le français – année et fréquence : _____
- pour les mathématiques – année et fréquence: _____
- En orthophonie pour des troubles du langage – année et fréquence: _____
- de la parole – année et fréquence: _____
- du langage écrit – année et fréquence : _____

Est-il connu du psychologue scolaire? Oui Non

Est-il en classe pour troubles d'apprentissage? Oui Non Si OUI, type de classe: _____

Est-il en classe pour problèmes de comportement? Oui Non Si OUI, type de classe: _____

8. Au retour de l'école, votre enfant: est fatigué est agité a des maux de tête

autre : _____

9. Vous parle-t-il de ce qu'il fait à l'école? : _____ ou plutôt des autres? : _____

10. Qui l'aide pour ses devoirs et leçons? : _____

11. Combien de temps prend-t-il pour ses devoirs et leçons? : _____



QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT - CENOP

12. Comment est a période des devoirs (facile/difficile?) Décrivez: _____

SOCIALISATION

1. L'enfant s'entend-il bien avec les membres de la famille? Décrivez : _____

2. L'enfant s'entend-il bien avec les amis de son âge? Décrivez : _____

3. Avez-vous noté des changements de personnalité qui vous inquiètent? Oui Non Si OUI, décrivez :

4. Comparativement à d'autres enfants de son âge, où situez-vous votre enfant sur l'échelle suivante?

Comportement	Beaucoup moins	Un peu moins	À peu près pareil	Un peu plus	Beaucoup plus
Impulsif	<input type="checkbox"/>				
Généreux	<input type="checkbox"/>				
Sensible aux autres	<input type="checkbox"/>				
Expressif	<input type="checkbox"/>				
Sage	<input type="checkbox"/>				
Opposant	<input type="checkbox"/>				
Timide	<input type="checkbox"/>				
Responsable	<input type="checkbox"/>				
Casse-cou	<input type="checkbox"/>				
Attentif	<input type="checkbox"/>				
Perfectionniste	<input type="checkbox"/>				
Agressif	<input type="checkbox"/>				
Mature	<input type="checkbox"/>				
Actif	<input type="checkbox"/>				
Excitable	<input type="checkbox"/>				
Anxieux	<input type="checkbox"/>				
Curieux	<input type="checkbox"/>				
Sociable	<input type="checkbox"/>				
Dépressif	<input type="checkbox"/>				
Maladroit	<input type="checkbox"/>				



QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT - CENOP

Autres informations que vous jugez pertinentes : _____

CHEMINEMENT SCOLAIRE

Veillez indiquer le cheminement scolaire de votre enfant pour chaque année (ex. 2008-2009) en commençant par la pré-maternelle ou maternelle et en signalant aussi chaque année doublée. SVP, préciser de quelle classe spéciale il s'agit quand c'est le cas.

Année scolaire	Niveau	Nom de l'école	Commission scolaire	Genre de classe <small>(régulière, DGA, TC, communication, langage, classe ressource, TSA, etc.)</small>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Votre appréciation de l'enseignant(e) actuel(le) : _____

Votre appréciation de l'école actuelle : _____
