

# 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<sup>e</sup> 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 : \_\_\_\_\_