

Formulaire d'orientation de l'enfant

Merci de bien vouloir compléter **entièrement** ce formulaire..

Date:	(Jour, mois, année)
Nom de l'enfant:	Date de naissance:
Age: Sex: F M	Nationalité:
Langue maternelle:	Langue secondaire:
Classe:	Ecole/Creche:
Nom de la mère:	Nom du père:
Age:	Age:
Occupation:	Occupation:
Numéro du portable:	Numéro du portable:
Courriel:	Courriel:
Numéro du domicile:	Meilleur moment pour appeler:
Personne remplissant ce formulaire:	Relation à l'enfant:
Référé par:	
Motif de consultation:	

Quelles sont les difficultés de votre enfant?

Communication			
<input type="checkbox"/> Parole	<input type="checkbox"/> Expression de soi	<input type="checkbox"/> Articulation	<input type="checkbox"/> Echolalie
<input type="checkbox"/> Bégaiement	<input type="checkbox"/> Compréhension	<input type="checkbox"/> Perte auditive	<input type="checkbox"/> Jargon
Education			
<input type="checkbox"/> Ecriture	<input type="checkbox"/> Lecture	<input type="checkbox"/> Math	<input type="checkbox"/> Mémoire
<input type="checkbox"/> Apprentissage	<input type="checkbox"/> difficultés scolaires		
Développement global			
<input type="checkbox"/> Emotionnel	<input type="checkbox"/> Attention	<input type="checkbox"/> Intégration sociale	<input type="checkbox"/> Jeux
<input type="checkbox"/> Comportement	<input type="checkbox"/> Alimentation	<input type="checkbox"/> Mémoire	
Moteur et sensoriel			
<input type="checkbox"/> Equipement moteur (courir, sauter...)		<input type="checkbox"/> Motricité fine	
<input type="checkbox"/> Compétences d'auto-assistance		<input type="checkbox"/> Problèmes sensoriels	
<input type="checkbox"/> Autres:			

Est-ce que votre enfant a reçu un diagnostic? Non Oui si oui, Veuillez le précisez:

Votre enfant est-il sous médicaments? Non Oui Si oui, Veuillez nommer le (s) médicament (s) en précisant le dosage:

Votre enfant a-t-il reçu des services thérapeutiques?

Quel genre de thérapie?		Ou?	Combien de temps?
Orthophonie			
Psychologie			
Ergothérapie			
Psychomotricité			
Physiothérapie			
ABA			
Education spécialisée			

Veuillez mentionner le type d'évaluation demandé:

Orthophonie Ergothérapie Psychomotricité Psychologie Education spécialisée Psycho-pédagogique Multidisciplinaire Intervention précoce Autres:

Préférence: Anglais Arabe Français Autres: _____

Histoire de développement

Nous sommes conscients que nous vous demandons beaucoup d'informations. C'est pourquoi ce formulaire est à remplir à votre domicile. Nous vous prions de ne pas vous inquiéter si vous ne vous rappelez pas de certains détails ; ce qui nous intéresse surtout c'est de savoir si vous avez des préoccupations ou des commentaires au sujet de l'un des éléments ci-dessous. Par exemple si votre enfant présentait un retard ou au contraire était précoce dans certaines circonstances, cette information nous est importante pour que nous puissions comprendre pleinement le profil de votre enfant.

Histoire de la naissance

Y avait-il eu des complications durant la grossesse? Non Oui

Diabetes		Rubéole		Pré éclampsie		Médicaments	
Anémie		Toxoplasmose		Eclampsie			
Accident		Autres					

Accouchement

Vaginal		Césarienne		Urgence C-section		Forceps		Ventouses	
Durée de grossesse		Poids à la naissance:		Couveuse					

Y a-t-il eu des complications durant ou après l'accouchement? Non Oui

Jaunisse		Enfant Bleu		Manque d'oxygene		Détresse foetale	
Autres:							

Histoire développemental:

Schémas moteurs	Age	Normal/précoce/retard		Age	Normal/précoce/retard
Retournement			Précise son regard		
Position assise			Localize le son		
Ramper			Surprend le bruit		
Position debout			Poursuite oculaire		
Marcher			Tenue de l'objet		
Courir			Donner/prendre		
Monte les escaliers			Descend les escaliers		
Autonomie	Age	Normal/précoce/retard		Age	Normal/précoce/retard
Mange avec les doigts			Boutonne		
Utilise la cuillère			Enfile ses lacets		
Utilise le verre			Se lave les mains		
Utilise la paille			se brosse les dents		
S'habille			Se baigne		
Se deshabilite					

Motricité globale					
Saute			Shoot le ballon		
Monte a bicyclette			Lance le ballon		
			Attrape le ballon		
Fine Motor					
Tenue palmaire			Utilise les ciseaux		
Pince digitale			Colorie entre les lignes		
Pince trigidale			Ecrit son nom		
			Trace sur les points		
lateralité manuelle	Droitier	Gaucher	Ambidextre	Inconsistant	Non déterminé

Propreté sphinctérienne:			Fréquences des pertinentes	
Avec aide	Diurne	Nocturne		
Propreté sphinctérienne	Diurne	Nocturne		
Controle de la vessie	Diurne	Nocturne		
Controle intestinal	Diurne	Nocturne		
Constipation	Oui	Non		
Mouvements intestinaux réguliers	Oui	Non		

Audition / Vision

Déficience auditive? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Implant cochléaire? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Préoccupation concernant son audition? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Augmente le volume? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

oeilletons? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> oui	Antécédents infections aux oreilles? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Porte/ a besoin d'aide auditive? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Fait des reactions inadaptes aux bruits? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Parle a voix haute? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	A besoin de plusieurs repetitions? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Ne semble pas entendre s'il ne vous voit pas? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Operation des yeux: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Problemes visuels? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui; Si oui, Veuillez decrire	Porte/ a besoin de lunettes correctrices? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Préoccupation ophtalmologiques? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui; Si oui, Veuillez decrire.	Incline la tête ou ferme l'œil pendant la lecture / en regardant des photos / objets ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
A des brulures, larmoiement, dérangement aux yeux? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	A des maux de têtes en lisant/écrivaint? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Louche en regardant la télévision? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Se cogne contre des objets fréquemment? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Communication

Comment était votre bébé?		Facile <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Sociable <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Passif <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Actif <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Calme <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Pleurait beaucoup <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Demandait de l'attention <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Autres: (Veuillez decrire)				
Votre enfant interagissait avec autrui? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cochez avec qui:				
Parents <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Fratie <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Personnes familiares <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Personnes Etrangères <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Premiers mots:		Utilise 2/3 mots:	Utilise des phrases:	
S'engage dans une conversation:		Comprend les indications:	Pointe:	
Exemples de premiers mots de votre enfant:				
Autres observations:				

Veuillez décrire les préoccupations que vous avez au sujet de votre enfant. Y at-il autre chose que vous pensez qu'il nous serait important de savoir ?

Cher Parent/Tuteur,

Merci d'avoir complété ce formulaire. Veuillez le présenter à Stars for Special Abilities qui vous contactera pour une prise de rendez-vous dès que possible. Merci également de bien vouloir le signer.

Toute action concernant l'évaluation et les résultats sera discutée et convenue avec vous.

Les informations contenues dans ce formulaire ne seront pas communiquées sans votre consentement.

Nous vous serions reconnaissants de fournir tout rapport ou information avant la date de votre rendez-vous. Nous espérons travailler avec vous très prochainement. En vous remerciant.

Je confirme avoir reçu le règlement du centre et accepte les termes et conditions qui y sont détaillés.

Je donne la permission à Stars de communiquer avec l'établissement scolaire pour échanger des informations et conseils.

Signature: _____ Date: _____