

AMENER CE DOCUMENT LORS DU RENDEZ-VOUS

Merci de venir en vêtements souples (survêtement, legging), nous enlèverons les chaussures

Merci d'éviter les aliments sucrés avant la séance.

Veillez remplir ce questionnaire aussi précisément et sincèrement que possible.
Ce questionnaire sera traité de façon confidentielle et sans aucun jugement !

Par quel moyen m'avez vous connue ?

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Âge :

Sexe :

Adresse :

Nom parents :

Professions :

Tel :

Email :

Fratrie/âge :

Situation des parents : (séparés)

Autres intervenants consultés :

Depuis combien de temps?

Dans quelle classe se trouve l'enfant ?

Redoublement ?

Droitier ou Gaucher ?

A-t-il du mal à contrôler sa consommation de gâteaux, bonbons, chocolat ?

Activités extra-scolaires :

Questions sur la Grossesse :

Naturelle/FIV/adoption :

Évènement particulier à signaler ?

Décès dans la famille pendant la gestation ?

Si oui comment l'avez-vous vécu ?

Maladie, prise de médicaments ?

Questions sur l'accouchement :

Durée de l'accouchement :

Péridurale ?

Poids/taille de naissance ?

Provoqué ?

Né à terme ?

Si non, quelle semaine ?

Problèmes pendant l'accouchement ?

Césarienne ? Forceps ? Autres complications ?

Premiers mois après la naissance :

Santé/alimentation/sommeil ?

Comment a-t-il/elle été accueilli(e) par la fratrie ?

Âge de la marche ?

A commencé à parler après 18 Mois ?

A zozoté, difficulté dans la prononciation de certains sons ?

Affections ORL fréquentes ?

L'enfant a fait du 4 pattes ?

S'est-il déplacé sur les fesses ?

Chute ou accident ?

Aujourd'hui :

Port de lunettes ? si oui pourquoi ?

A déjà consulté un orthoptiste ?

Porte un appareil dentaire ?

Depuis quand ?

A-t-il déjà consulté un ostéopathe ?

Date de la dernière visite ?

Difficultés de prononciation, problèmes dans le langage ?

Difficultés à reproduire à l'écrit certains sons ?

Difficultés dans la lecture (oubli des syllabes, se trompe de sons) ?

Les devoirs sont-ils compliqués ?

Le comportement est-il identique à la maison et à l'école ?

Quelle est son occupation préférée à la maison ?

Regarde-t-il la TV ou joue sur écran avant d'aller à l'école ?

Regarde-t-il la TV ou joue sur écran en rentrant de l'école ?

Regarde-t-il la TV ou joue sur écran avant d'aller se coucher ?

A quoi s'occupe-t-il le week-end ?

Les parents sont-ils d'accord sur le style d'éducation ?

La relation est égale entre l'enfant et les deux parents ?

Quelque chose à dire sur la relation entre les parents (future ou passée) ?

Problèmes médicaux importants (actuels ou passés) ?

Problème d'allergie ou d'intolérances alimentaires ?

Bois du lait de vache ? combien par jour ?

Sommeil :

- Met plus de 30mn à s'endormir ?

- N'est pas capable de s'endormir seul ?

- Se réveille plusieurs fois la nuit et se lève ?

- Dort dans le lit des parents ?

- Ronfle ?

- Dort la bouche ouverte (bave le matin) ?

- Nombre d'heure de sommeil la semaine ?

- Nombre d'heure de sommeil le week-end ?

- Heure du couché en semaine ?

Le week-end ?

- Heure du levé en semaine ?

Le week-end ?

Autres éléments importants que vous souhaitez signaler :

Quelles sont les raisons qui vous amènent à me consulter ?

Est capable de :
0 = facile 1 = moyen 2 = compliqué

Supporter des habits serrés		Comprendre ce qu'il lit	
Rester assis		Lacer ses chaussures	
Être dans le noir		Nager la brasse	
Supporter les sons		Faire du vélo	
Supporter la lumière		Être autonome	
Supporter les chatouilles		Sauter	
Se retenir d'uriner la nuit		Respecter les autres	
Gérer ses émotions		Se faire respecter	
Gérer sa frustration		Rester concentré	
Se faire des amis		Reconnaître b/d et p/q	
Se tenir droit quand il écrit		S'endormir	
Être habile, adroit		Ne pas être « très » sensible	
Manipuler des petits objets		Mémoriser	
Tenir correctement son stylo		Se situer dans le temps	
Boutonner ses vêtements		Ecrire lisiblement	