

Poids à la naissance: _____ Livres _____ Onces Score(s) d'Apgar _____ 1-minute _____ 5-minutes

Les éléments suivants se sont-ils produits durant l'accouchement?

- Prématuré Transfusion Césarienne Accouchement par le siège Accouchement prolongé Problème d'oxygène
 Incompatibilité sanguine (Facteur Rhésus) Souffrance fœtale

Y a-t-il eu d'autres difficultés durant l'accouchement et/ou des préoccupations:

L'enfant a-t-il eu des difficultés à apprendre à manger, à dormir, à s'asseoir, à marcher ou à parler? Oui N Si oui, expliquez:

L'enfant a-t-il vécu des événements traumatisants tels que la mort de leurs proches, le divorce, la crise familiale? Oui N Si oui, expliquez:

PARTIE III—ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

- Handicapé physique Rhumes fréquents Allergies Troubles de l'élocution Problèmes de vision
 Maux de gorge fréquents Asthme Problèmes alimentaires Maux d'oreilles Maux de tête Épilepsie
 Accidents ou blessures graves Opérations Maladies du Cœur Diabète Température au-dessus de 104
 Autre _____

Décrivez les problèmes que vous avez cochés plus haut:

L'enfant a-t-il déjà été hospitalisé? Oui Non Pendant combien de temps _____ Âge au moment _____

Raison

L'enfant est-il actuellement sous traitement ou prend-t-il des médicaments? Oui Non Si oui, expliquez:

Comment évaluez-vous la santé générale de l'enfant? Excellente Bonne Moyenne Mauvaise

PARTIE IV—CARACTÉRISTIQUES SOCIALES/COMPORTEMENTALES

Veillez cocher un des comportements suivants qui décrit l'enfant:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Flexible | <input type="checkbox"/> Créatif | <input type="checkbox"/> Manque de maîtrise de soi |
| <input type="checkbox"/> Sociable | <input type="checkbox"/> Énurésie | <input type="checkbox"/> Changements d'humeur soudains et fréquents |
| <input type="checkbox"/> Capacité d'attention limitée constante | <input type="checkbox"/> Suce le pouce | <input type="checkbox"/> Incohérence excessive dans le comportement |
| <input type="checkbox"/> Rêveries | <input type="checkbox"/> Ronge les ongles | <input type="checkbox"/> Besoin constant d'approbation ou de réconfort |
| <input type="checkbox"/> Coopératif | <input type="checkbox"/> Mécanique | <input type="checkbox"/> Originellement agressif envers les autres |
| <input type="checkbox"/> Cauchemars | <input type="checkbox"/> Hyperactif | <input type="checkbox"/> Normalement timide ou renfermé |
| <input type="checkbox"/> Crises de colère | <input type="checkbox"/> Sportif | <input type="checkbox"/> Difficulté à terminer ses tâches et ses activités |
| <input type="checkbox"/> Peur excessive | <input type="checkbox"/> Musicale | <input type="checkbox"/> Difficultés avec les changements dans la routine |
| <input type="checkbox"/> Réagit rapidement | <input type="checkbox"/> Ébranlé | <input type="checkbox"/> Difficulté à s'organiser |
| <input type="checkbox"/> Fantômes | <input type="checkbox"/> Inactif | <input type="checkbox"/> Évite de lire |
| <input type="checkbox"/> Artistique | <input type="checkbox"/> A de l'assurance | <input type="checkbox"/> Difficulté à lire l'heure |
| <input type="checkbox"/> Dis souvent des mensonges | <input type="checkbox"/> Aime lire | |
| <input type="checkbox"/> Évite de faire les devoirs | <input type="checkbox"/> Est souvent en retard | |
| <input type="checkbox"/> Récalcitrant | <input type="checkbox"/> Ne semble pas comprendre les questions ou les instructions | |
| <input type="checkbox"/> Souvent il parle seul | <input type="checkbox"/> Difficulté à se faire des amis et à les garder | |
| <input type="checkbox"/> Somnambulisme | <input type="checkbox"/> Difficultés à utiliser les chiffres | |
| <input type="checkbox"/> Manque de motivation | | |

Faites des commentaires sur les comportements qui vous préoccupent en particulier:

Votre enfant a-t-il eu des évaluations dont l'école ignore?

- Éducatives Psychologiques Médicales Autres _____

Expliquez (quoi, quand, par qui)

Quels sont les intérêts de votre enfant?

Qu'est-ce que votre enfant fait de bien?

Qu'est-ce que vous aimez le plus chez votre enfant?

Comment pensez-vous que l'école peut aider votre enfant?

Y a-t-il des informations supplémentaires que vous croyez pouvoir nous aider à mieux comprendre votre enfant?

Les informations ont été obtenues de

Je comprends que cette information servira à aider à déterminer si mon enfant a un handicap en matière d'éducation. Ces documents seront conservés dans le dossier confidentiel de mon enfant.

Signature, Intervieweur

Date

Signature, Parent/Tuteur

Date