**Préscolaire 2024-2025**

**Questionnaire aux parents**

**Nous vous sommes très reconnaissantes de prendre le temps de répondre le plus fidèlement possible au questionnaire suivant. Les informations que vous nous fournirez nous serviront à mieux connaître votre enfant lors de la formation des groupes. De plus, ces renseignements seront très précieux à l’enseignante titulaire de votre enfant puisqu’ils lui permettront de mieux comprendre sa réalité et de répondre de façon plus pertinente à ses besoins.**

**Merci de votre collaboration.**

**Les enseignantes du préscolaire**

1. **Identification**

Nom de l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **🗆** Fille **🗆** Garçon Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🗆 Dérogation

Nom de la mère : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom père : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Situation familiale**

**🗆** Vit avec ses deux parents **🗆** Famille monoparentale **🗆** Foyer d’accueil

**🗆** Famille reconstituée **🗆** Garde partagée, spécifiez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autre, spécifiez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frères et sœurs : **🗆** Non **🗆** Oui, précisez :

 Nom des enfants Âge Degré scolaire 2023-2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Renseignements généraux**
	1. Selon les expériences vécues par votre enfant, veuillez cocher la ou les case(s) appropriée(s).

**🗆** Centre de la petite enfance **🗆** Garderie familiale **🗆** Garderie privée

**🗆** Prématernelle **🗆** À la maison Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*🗆**J’autorise l’école à s’informer auprès de l’établissement \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_# de tél. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 **🗆** Je n’autorise l’école à s’informer auprès du milieu de garde de mon enfant.

* 1. Votre enfant tient son crayon : **🗆** De la main droite **🗆** De la main gauche

 **🗆** De la main droite et de la gauche

* 1. Votre enfant a-t-il des problèmes de santé? **🗆** Non **🗆** Oui, spécifiez

**🗆** Allergie, spécifiez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **🗆** Diabète **🗆** Asthme

**🗆** Autre, spécifiez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Votre enfant a-t-il une bonne vision? **🗆** Oui **🗆** Non, spécifiez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **🗆** Il n’a pas encore passé d’examen de la vue.

* 1. Votre enfant a-t-il une bonne ouïe? **🗆** Oui **🗆** Non, spécifiez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **🗆** Il n’a pas encore passé d’examen de l’ouïe.

1. **Langage**
	1. Quelle est la langue maternelle de votre enfant? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



* 1. Est-ce qu’il y a d’autres langues parlées à la maison? **🗆** Non **🗆** Oui, spécifiez:

 Mère Père Enfant

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Comment votre enfant s’exprime-t-il en français? **🗆** Facilement **🗆** Un peu **🗆** Avec aide

**🗆** Pas du tout

Commentaire au besoin :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



* 1. Votre enfant comprend-t-il les consignes? **🗆** Facilement **🗆** Un peu **🗆** Avec aide

**🗆** Pas du tout

Commentaire au besoin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Votre enfant est-il capable d’exprimer ses besoins?**🗆** Facilement **🗆** Un peu **🗆** Avec aide

**🗆** Pas du tout

Commentaire au besoin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Est-ce que votre enfant a des problèmes de langage ou des difficultés d’expression? **🗆** Non

**🗆** Oui, spécifiez : **🗆** Beaucoup **🗆** Assez **🗆** Un peu **🗆** Pas du tout

Veuillez préciser le type de difficulté (prononciation, certains sons, bégaiement, etc.) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Est-ce que votre enfant est capable d’aller aux toilettes de façon autonome? **🗆** Oui

**🗆** Non, spécifiez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Est-ce que votre enfant est capable de s’habiller de façon autonome? **🗆** Oui

**🗆** Non, spécifiez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Attention/Concentration**

Veuillez cocher la réponse convenant le mieux à la situation présentée.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** | **Avec aide** |
| **4.1** Votre enfant est-il capable de demeurer assis à la table pendant au moins  10 minutes? |  |  |  |
| **4.2** Votre enfant est-il capable de terminer une tâche, une activité ou un  casse-tête? |  |  |  |
| **4.3** Votre enfant est-il capable de persévérer devant une difficulté? |  |  |  |
| **4.4** Votre enfant est-il capable de maintenir son attention pendant une  activité, un jeu de société, etc.? |  |  |  |

 Commentaire au besoin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.  **Socialisation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** | **Avec aide** |
| **5.1** Votre enfant est-il capable d’attendre son tour? |  |  |  |
| **5.2** Votre enfant est-il capable de respecter des règles ou des consignes? |  |  |  |
| **5.3** Votre enfant est-il capable d’interagir avec d’autres enfants? |  |  |  |
| **5.4** Votre enfant est-il capable d’interagir avec les adultes? |  |  |  |
| **5.5** Votre enfant est-il capable de partager ses jeux et le matériel mis en  commun? |  |  |  |
| **5.6** Votre enfant est-il capable de maintenir de belles relations avec ses amis (peu de conflits)? |  |  |  |

Veuillez cocher la réponse convenant le mieux à la situation présentée.

Commentaire au besoin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Développement socio-Affectif**
	1. Quels qualificatifs décrivent le mieux la façon dont votre enfant se comporte avec les autres enfants?

**🗆**Timide **🗆** Affectueux **🗆** Agressif **🗆** Solitaire **🗆** Aimable **🗆** Coopératif **🗆**Autonome

 **🗆** Passif **🗆** Colérique **🗆 I**mpulsif Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Commentaire au besoin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Comment votre enfant préfère-t-il jouer?

**🗆** Seul **🗆** Avec un ami **🗆** En petit groupe (2 à 4) **🗆** Avec ses frères et sœurs

**🗆** En grand groupe

Commentaire au besoin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



* 1. Votre enfant joue habituellement avec :

**🗆** Garçons **🗆** Filles **🗆** Garçons ou filles

* 1. Ses amis sont : **🗆** De son âge **🗆** Plus âgés **🗆** Plus jeunes **🗆** Des adultes

Commentaire au besoin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Est-ce que votre enfant participe ou a participé à des activités de groupe? **🗆** Non

** 🗆** Oui, lesquelles? **🗆** Jeux éducatifs (ville de Gatineau) **🗆** Garderie **🗆** Équipe de sport **🗆**Camp de jour **🗆** Camp d’été

Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Commentaire au besoin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1.  Comment se comporte votre enfant avec les adultes (vous pouvez cocher plus d’un élément)?

**🗆** Respectueux **🗆** Amical **🗆** Timide **🗆** Inquiet **🗆** Méfiant **🗆** Poli  **🗆** Agressif **🗆** Autonome **🗆** Attentif **🗆** Obéissant **🗆 I**ntéressé **🗆** Confiant **🗆** Collaborateur **🗆** Plaisant

Commentaire au besoin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Votre enfant manifeste-t-il certaines appréhensions? **🗆** Non

**🗆** Oui (ex. : peur des animaux,bruits particuliers, cauchemars)

Lesquelles? : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Quelles sont les activités préférées de votre enfant ? **🗆** Blocs **🗆** Casse-têtes **🗆** Poupées

**🗆** Petites voitures **🗆** Coloriage **🗆** Bricolage **🗆** Musique **🗆** Télévision **🗆** Ordinateur

**🗆** Jeux vidéo **🗆** Jeux extérieurs **🗆** Seul dans sa chambre **🗆** Près de vous

 **🗆** Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Commentaire au besoin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Quelle(s) méthode(s) de discipline vous apporte(nt) le plus de succès avec votre enfant?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Rentrée à l’école**
	1. Comment se sent votre enfant par rapport à sa rentrée scolaire?

 **🗆** Heureux **🗆** Indifférent **🗆 I**nquiet **🗆** Anxieux **🗆** Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Commentaire au besoin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Votre enfant a-t-il des craintes particulières par rapport à son entrée à l’école? **🗆** Non

**🗆** Oui, spécifiez :

**🗆** Se séparer de son/ses parents **🗆** Immensité de l’école **🗆** Prendre l’autobus

🗆 Autres\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Autres**
	1. Avez-vous consultez un spécialiste ou des spécialistes pour votre enfant: **🗆** Non

**🗆** Oui, spécifiez dans le tableau suivant:

🗆 Orthophoniste Nom du spécialiste : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Clinique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🗆 Ergothérapeute Nom du spécialiste : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Clinique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🗆 Psychologue Nom du spécialiste : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Clinique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🗆 Autres\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom spécialiste : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Clinique :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous obtenu un rapport : 🗆 Oui Si oui, veuillez svp en fournir une copie à l’école.

 🗆 Non

* 1. Ce document a été rempli par qui?

 **🗆** Mère **🗆** Père **🗆** Détenteur de l’autorité parentale

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C'est la rentrée!**

Ce sera un plaisir de vous accueillir avec votre enfant à la rentrée scolaire!

**La direction et les enseignantes du préscolaire**

**C'est la rentrée!**

**C'est la rentrée!**

**C'est la rentrée!**

**C'est la rentrée!**

**C'est la rentrée!**

**C'est la rentrée!**