

Nom de l'enfant : _____

Nom du parent ou tuteur
ayant complété ce questionnaire : _____

Année scolaire 2024-2025

**QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX PARENTS
INSCRIPTION À L'ÉDUCATION PRÉSCOLAIRE**
À REMETTRE AU PLUS TARD LE 1^{ER} MAI



Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux connaître votre enfant, et ainsi à bien l'accompagner dans son développement. Ces informations seront utilisées pour favoriser une transition de qualité vers le préscolaire.

Merci du temps que vous y consacrez !



DÉVELOPPEMENT MOTEUR				
Votre enfant est capable :	Oui	Avec aide	Non	Commentaire des parents
d'exécuter des actions de motricité globale (courir, sauter, grimper, danser, etc.)				
d'exécuter des actions de motricité fine (enfiler, déchirer, plier, dessiner, boutonner, visser, ou découper, etc.)				
de goûter à de nouveaux aliments				
de se détendre				
Votre enfant utilise davantage: la main droite <input type="checkbox"/> la main gauche <input type="checkbox"/> les deux mains <input type="checkbox"/>				

ATTITUDE ET COMPORTEMENT				
Votre enfant est capable :	Oui	Avec aide	Non	Commentaire des parents
de persévérer face aux défis				
d'essayer avant de demander de l'aide				
d'exprimer ses émotions				
de s'arrêter lorsque vous le demandez				
de s'adapter à la nouveauté				
de réaliser les routines à la maison (au lever, au coucher, etc.)				
d'entrer en relation avec les enfants de son âge				
de partager				
de respecter les règles de la maison				
de réagir adéquatement lors d'un refus				
d'attendre son tour				
de jouer à faire semblant (ex. : imiter différents rôles : <i>maman, papa, bébé, cuisinier, constructeur, docteur, etc.</i>)				
de trouver des solutions à de petits problèmes du quotidien				

de s'amuser avec des jeux de construction, des casse-têtes et des jeux de table				
---	--	--	--	--

COMMUNICATION				
Votre enfant est capable :	Oui	Avec aide	Non	Commentaire des parents
de comprendre un message (consigne, histoire, information)				
de prononcer clairement les mots				
de s'exprimer à l'aide de phrases complètes				
de se faire comprendre facilement par les gens de son entourage				
d'écouter une histoire et de regarder un livre				

AUTONOMIE				
Votre enfant est capable :	Oui	Avec aide	Non	Commentaire des parents
d'aller seul à la toilette				
de s'habiller seul				
d'avoir connaissance des dangers (ex. : inconnus, circulation routière, etc.)				

SERVICES D'UN PROFESSIONNEL

Votre enfant a-t-il reçu des services d'un professionnel?

(ex.: psychologue, ergothérapeute, orthophoniste, etc.)

Oui Non En attente

Si oui, précisez :

Cette démarche s'est faite en collaboration avec les instances suivantes:

CISSS Ressource communautaire Centre de réadaptation (Myriade, Bouclier) Pédiatre ou médecin de famille

Précisions : _____

Un rapport a-t-il été produit par ce professionnel? oui non

**Si oui, il est important de joindre une copie de ce rapport au présent questionnaire ainsi que tout autre document professionnel permettant de mieux connaître les besoins de votre enfant.

Autres informations que vous désirez partager à l'enseignante de votre enfant :

Signature du parent ou du responsable légal date

À RETOURNER À L'ÉCOLE LONGPRÉ

Courriel : Longpre@cssda.gouv.qc.ca

Tél. : 450-492-3536