



Questionnaire Nouvelle Admission Partie 1- Section Parent

Nom de l'élève :

_____ *(Nom de famille, prénom)*

Date de
naissance :

_____ *(aaaa/mm/jj)*

Âge: *(au 30 sept.)*

Sexe:

F

M

Instructions

Partie 1 : Ce questionnaire doit être signé par le(s) parent(s) ou le représentant légal de l'élève ; dans le cas où l'élève ne vit pas à la même résidence ou si l'élève vit dans 2 résidences séparées, s'il vous plaît compléter le questionnaire avec la collaboration de toutes personnes donnant les soins ou par la personne qui peut fournir les informations les plus récentes / précises.

Partie 2 : Si l'élève fréquente une école ou une garderie, s'il vous plaît, demander à l'enseignant(e)/éducateur(trice) de compléter la partie 2 de ce questionnaire (document séparé). **Si ce n'est pas le cas, nous demandons que le(s) parent(s)/représentant légal complètent cette section au meilleur de leurs connaissances.**

Questionnaire complété par :

Nom :

_____ *(prénom, nom de famille)*

Relation avec l'enfant :

Je consens à ce que les documents "Questionnaire Nouvelle Admission, Parties 1 & 2" soient partagés avec l'équipe de l'École Peter Hall.

Nom :

_____ *(prénom, nom de famille)*

Relation avec l'enfant :

Signature:

Date:

_____ *(aaaa/mm/jj)*

Nom de l'élève : _____

(Nom de famille, prénom)

Diagnostic(s)

1. _____ complété par : _____ date: _____
2. _____ complété par : _____ date: _____
3. _____ complété par : _____ date: _____

Équipement Cocher ✓ tout ce qui s'applique à votre enfant

Poussette

Marchette

Fauteuil roulant : ► manuel électrique

Orthèse(s) : ► pied(s) cheville(s) main(s)/poignet(s)

Corset

Casque protecteur : ► spécifier la raison : _____

Appareil auditif : ► droit gauche spécifier la raison : _____

Verres correcteurs : ► spécifier la raison : _____

Pour manger : ► assiette adaptée cuillère adaptée tasse adaptée

Transport : ► siège d'auto siège d'appoint ceinture pelvienne harnais veste

Communication : ► cahier de communication iPad ou tablette / téléphone

Autre, spécifier : _____

Décrire si votre enfant a une diète spéciale, allergie(s) alimentaire(s) ou intolérance(s)

Résidence & vie de famille

S'il vous plaît, décrire brièvement la vie de famille de l'enfant (i.e., frère(s)/sœur(s), vie à la maison, déménagement récent) :

Nom de l'élève :

(Nom de famille, prénom)

DÉVELOPPEMENT MOTEUR

Motricité globale

Identifier le niveau de mobilité de votre enfant **avec ou sans** l'utilisation d'équipement. Si applicable, indiquer quel équipement est utilisé (fauteuil roulant, poussette ou avec assistance comme une canne ou une marchette) :

I - Indépendant **S - Besoin de supervision** **A - Besoin d'assistance physique** **D - Dépendant**

N/A - Non applicable :

_____ Courtes distances (à la maison) _____
_____ Moyennes distances (à l'école/garderie) _____
_____ Longues distances (dans la communauté >500m) _____
_____ Transferts (i.e., chaise à debout, plancher à chaise) _____
_____ Escaliers _____

À la maison, il y a : ► escaliers ascenseur rampe lève-personne

Motricité fine Cocher ✓ tout ce qui s'applique à votre enfant :

Manipule les objets

Ramasse les objets : ► petits (i.e., trombone, bouton) gros (jouet en peluche, livre)

Pointe ou appuie pour activer un objet

Utilise un crayon/crayon à colorier/marqueur

Utilise des ciseaux

Peut ouvrir : ► contenants sacs emballages

Peut attacher : ► velcro boutons boutons pression fermeture éclair lacets

Peut détacher : ► velcro boutons boutons pression fermeture éclair lacets

Mon enfant est : gaucher droitier Non déterminé

Nom de l'élève :

(Nom de famille, prénom)

AUTONOMIE DE LA VIE QUOTIDIENNE

Manger & Boire Cocher ✓ tout ce qui s'applique à votre enfant :

Est nourri par alimentation entérale (gavage)

Est nourri par un adulte

A besoin de rappels pour manger. ► S'il vous plait, spécifier : _____

A besoin d'assistance physique pour manger

Mange de façon autonome ► avec les doigts avec ustensiles ; spécifier : _____

Mange des textures régulières de façon sécuritaire. **Si non, expliquer :** _____

Boit des liquides réguliers de façon sécuritaire. **Si non, expliquer :** _____

Boit par : ► tasse régulière gobelet bouteille paille

Autre, spécifier : _____

Demeure assis durant le repas

Devient perturbé devant de la nouvelle nourriture

A peu d'appétit

Recherche constamment la nourriture ; désire toujours manger

Prend la nourriture sans permission ► Expliquer : _____

Mon enfant a besoin de _____ minutes pour finir de manger son repas

Les aliments et boissons favoris de mon enfant sont : _____

Toilette Cocher ✓ tout ce qui s'applique à votre enfant :

Porte une couche/couche-culotte pour : ► uriner faire des selles

Porte une couche/couche-culotte pendant : ► jour nuit transport seulement

Est autonome à la toilette pour : ► uriner faire des selles

A besoin d'assistance pour essuyer : ► urine selles

Doit être amené à la toilette à heures fixes ► Spécifier l'heure : _____

Se rend à la toilette au besoin sans rappels

A besoin de rappels pour se rendre à la toilette

A besoin de supervision à la toilette pour : _____

Respecte les règles d'intimité dans la toilette (i.e., ferme la porte, se dévêtit seulement dans la toilette)

Nom de l'élève : _____

(Nom de famille, prénom)

Expliquer de quelle façon votre enfant indique son besoin de se rendre à la toilette dans les lieux suivants :

À la maison :

Dans un milieu familial (i.e., école, garderie) :

Dans un milieu non familial (i.e., centre commercial) :

Hygiène Identifier le niveau d'habileté de votre enfant :

I - Indépendant

A - Assistance physique

R - Besoin de rappels

D - Dépendant

N/A - Non applicable

_____ Se lave les mains lorsque souillées

_____ Essuie sa bouche et menton avec une serviette

_____ Prend une douche ou un bain

_____ Brosse ses dents

_____ Applique du déodorant à chaque jour

_____ Brosse ses cheveux

_____ Peut changer sa serviette hygiénique lorsqu'elle est menstruée

Habillage et déshabillage Cocher ✓ tout ce qui s'applique à votre enfant :

Indique lorsque ses vêtements sont souillés ou mouillés

Choisit quels vêtements porter en accord avec la saison/température

Enfile ou retire des vêtements lorsqu'il/elle a trop chaud ou trop froid

Très sélectif avec ses vêtements. *S'il vous plait, expliquer :* _____

Se déshabille lors de moments inappropriés. *S'il vous plait, expliquer :* _____

Nom de l'élève : _____

(Nom de famille, prénom)

Identifier le niveau d'habileté de votre enfant :

I - Indépendant

A - Assistance Physique

R - Besoin de rappels

D - Dépendant

N/A - Non applicable

S'habille :

_____ pantalons/shorts

_____ chemise/chandail

_____ chaussettes

_____ sous-vêtements

_____ chapeau

_____ mitaines

_____ chaussures

_____ bottes

_____ veste/manteau

Se déshabille :

_____ pantalons/shorts

_____ chemise/chandail

_____ chaussettes

_____ sous-vêtements

_____ chapeau

_____ mitaines

_____ chaussures

_____ bottes

_____ veste/manteau

Habitudes de sommeil

Cocher ✓ tout ce qui s'applique à votre enfant :

Dort bien durant la nuit

A de la difficulté à s'endormir

Se réveille la nuit et demeure éveillé pendant _____ minutes/heures

Si votre enfant se réveille la nuit, spécifier ce qu'il/elle fait (i.e., regarde la télé, grignote) :

Fait une sieste durant la journée de _____ minutes

Mon enfant va se coucher habituellement à (heure) : _____ et se réveille à (heure) : _____

Nom de l'élève :

(Nom de famille, prénom)

SENSORIEL

Mon enfant **se fâche ou réagit fortement** à/aux :

Cocher ✓ tout ce qui s'applique et donner des exemples :

Sons

Ex. : _____

Odeurs

Ex. : _____

Saveurs

Ex. : _____

Température

Ex. : _____

Éclairage

Ex. : _____

Être mouillé ou sale

Ex. : _____

Tissus/Matériel/étiquette sur vêtement

Ex. : _____

Mouvement (i.e., automobile, balançoire)

Ex. : _____

Mon enfant **recherche** les sensations suivantes :

Cocher ✓ tout ce qui s'applique et donner des exemples :

Objets dans la bouche

Ex. : _____

Vocalise ou fait des sons

Ex. : _____

Touche les objets

Ex. : _____

Bouge (i.e., court, saute)

Ex. : _____

Touche les autres

Ex. : _____

Frappe les objets ou surfaces

Ex. : _____

JEUX ET LOISIRS

Cocher ✓ tout ce qui s'applique à votre enfant :

Joue avec ses frère(s)/sœur(s)

Joue avec ses pairs

Préfère jouer seul

Partage et attend son tour avec les autres

Préfère les adultes; ignore ou évite les autres enfants

Préfère les objets, démontre un intérêt limité aux enfants ou adultes

Les activités/jouets/jeux préférés de mon enfant sont :

Mon enfant peut s'occuper seul avec un jouet ou une activité pendant _____ minutes.

Nom de l'élève : _____

(Nom de famille, prénom)

COMMUNICATION

Quelle(s) langue(s) sont parlée(s) à la maison ? _____

Je communique avec mon enfant en utilisant :

mots

gestes

langage des signes

pictogrammes/photos

Mon enfant communique ses besoins et désirs en utilisant :

mots

langage des signes

expressions faciales

mouvements du corps/gestes

pictogrammes

sons/vocalisations

tableau de choix

appareil électronique

cahier de communication

Mon enfant : Cocher ✓ *tout ce qui s'applique à votre enfant et compléter la phrase :*

Répond à son nom en :

(i.e., arrête une activité, tourne sa tête pour vous voir) _____

Répond quand on lui dit "Non" en :

(i.e., arrête, vous regarde) _____

Comprend du vocabulaire de base comme :

(i.e., nourriture, jouets, vêtements, mots d'action) _____

Comprend le nom des personnes familières comme :

(i.e., Maman/papa, frère/sœur, grands-parents) _____

Comprend une simple instruction comme :

(i.e., mange , boit, regarde, viens ici, donne- moi, arrête) _____

Comprend des questions simples (oui-non) comme :

(i.e., As-tu terminé ? En veux-tu encore ? Veux-tu une pomme ?) _____

Demande ce qu'il/elle veut en : _____

Vous demande de l'aide en : _____

Vous signifie lorsqu'il/elle ne veut plus ou n'aime plus quelque chose en : _____

Exprime sa colère ou sa frustration en : _____

Accueille les autres en :

(i.e., agite la main, dit bonjour): _____

Vous signifie lorsque il/elle est malade ou blessé(e) en : _____

Nom de l'élève :

(Nom de famille, prénom)

DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET ÉMOTIONNEL

Je décrirais mon enfant comme une personne qui est : _____

Mon enfant est plus heureux ou content lorsque : _____

Je sais que mon enfant est heureux lorsque : _____

Mon enfant devient contrarié lorsque : _____

Lorsque mon enfant est en colère ou contrarié, il/elle peut :
(i.e., frapper, mordre, faire une crise) _____

Mon enfant est effrayé par : _____

Cocher ✓ tout ce qui s'applique à votre enfant :

Demande constamment l'attention de l'adulte de façon inappropriée

Frappe, mord ou égratigne : ► adultes pairs

Tente de s'enfuir de la maison

S'engage dans des comportements à risque (i.e., grimpe sur les meubles, traverse la rue sans regarder)

Réagit négativement lorsqu'on lui demande d'arrêter une activité favorite

Insiste fortement pour que les choses soient faites de façon spécifique (i.e., a des rituels étranges)

A des intérêts excessifs (i.e., les gens, émission de télévision, activité)

Réagit mal lorsqu'on lui dit "Non" ou "Arrête"

Nom de l'élève :

(Nom de famille, prénom)

VIE QUOTIDIENNE & COMMUNAUTAIRE

Mon enfant : Cocher ✓ tout ce qui s'applique à votre enfant :

Accroche un manteau et range son sac d'école à l'arrivée

Prépare un repas simple (i.e., céréale avec du lait, sandwich)

Utilise les ustensiles de cuisine ou les appareils ménagers : ► Spécifier : _____

Aime participer aux tâches quotidiennes : ► Spécifier : _____

Participe à différentes sorties avec la famille (i.e., restaurants, épicerie, histoire, cinéma)

Est coopératif et patient durant les rendez-vous (i.e., docteur dentiste, coiffeur)

Participe aux activités dans la communauté (i.e., camps, cours de natation)

Demeure près de l'adulte lors de sorties dans la communauté ; ne s'éloigne pas

Démontre un comportement approprié durant le transport (i.e., demeure assis, ne détache pas sa ceinture)

Met en marche la télévision et trouve une émission/un poste préféré(e)

Sait comment naviguer sur internet (i.e., YouTube, Facebook, sites internet préférés)

Utilise la technologie pour communiquer avec les amis et membres de la famille
(i.e., téléphone, courriel, FaceTime)

Fait attention aux situations dangereuses (i.e., four chaud)

Sait quoi faire lorsque l'avertisseur d'incendie se déclenche

Sait quand et comment appeler le 911

Comprend qu'il/elle peut se mettre en danger avec des étrangers

Nom de l'élève :

(Nom de famille, prénom)

PRÉOCCUPATIONS & PRIORITÉS

Quelles habiletés considérez-vous importantes à développer à l'école pour votre enfant ?

Quelles sont vos préoccupations au sujet de la scolarisation de votre enfant ?

S'il vous plait, fournir toutes informations additionnelles dont vous désirez nous faire part au sujet de votre enfant.

Merci d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire !