



# QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT - CENOP

Date du jour: \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant/de l'adolescent : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Il est normal que selon l'âge de l'enfant, certaines questions vous semblent plus ou moins pertinentes, mais sont des données importantes à colliger. Nous vous demandons de répondre le plus précisément possible selon vos connaissances. Merci beaucoup de votre collaboration.

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

(note : le carnet de santé de votre enfant peut vous être utile pour remplir ce questionnaire)

Date de naissance : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_ Nom du père : \_\_\_\_\_

Qui complète le questionnaire? :  Mère  Père  Autre : \_\_\_\_\_

Téléphone: Mère: \_\_\_\_\_ Père: \_\_\_\_\_

## HISTOIRE FAMILIALE

1. Langue maternelle : \_\_\_\_\_ 2. Langue parlée à la maison : \_\_\_\_\_

3. Langue d'enseignement : \_\_\_\_\_

4. Mère : Âge : \_\_\_\_\_ Scolarité : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_

5. Père : Âge : \_\_\_\_\_ Scolarité : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_

6. Les parents sont :  mariés/conjoints de fait  divorcés/séparés  célibataires  monoparentaux  
 décédés  remariés

7. Si les parents sont séparés/divorcés, quel âge avait l'enfant au moment de la séparation? : \_\_\_\_\_

L'enfant vit :  avec la mère  avec le père  en garde partagée  en famille reconstituée

autre situation : \_\_\_\_\_

8. L'enfant est-il adopté?  Oui  Non

9. Est-il en famille d'accueil?  Oui  Non

10. Avez-vous d'autres enfants?  Oui  Non Si OUI, inscrivez le nom, l'âge et le sexe de chacun :

Nom : \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_



# QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT - CENOP

## HISTOIRE DE LA GROSSESSE ET DE LA NAISSANCE

1. Le médecin / la mère ont-ils noté des problèmes lors (expliquez) :

de la grossesse : \_\_\_\_\_

du travail : \_\_\_\_\_

de l'accouchement : \_\_\_\_\_

2. La grossesse de cet enfant était la :  1<sup>ère</sup>  2<sup>e</sup>  3<sup>e</sup>  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

3. L'enfant est-il né à terme?  Oui  Non, il est né à (ex : 36 semaines) : \_\_\_\_\_

4. Pendant la grossesse, y a-t-il eu :

a) Prise de médicaments?  Oui  Non Si OUI, lesquels et pourquoi?  
\_\_\_\_\_

b) Consommation d'alcool?  Oui nombre de verres / jour : \_\_\_\_\_  Non

c) Consommation de tabac (fumer des cigarettes)?  Oui - nombre / jour : \_\_\_\_\_  Non

d) Consommation de drogue (cannabis, opioïdes (p.ex. *fentanyl*, *héroïne*), cocaïne, etc.)?

Oui Type: \_\_\_\_\_ Fréquence de consommation : \_\_\_\_\_  Non

5. À la naissance, quel était : le poids : \_\_\_\_\_ l'Apgar : \_\_\_\_\_ le périmètre crânien? \_\_\_\_\_

6. L'enfant a présenté des problèmes de :  Jaunisse  Rh

Autres anomalies, problèmes rencontrés ou informations que vous jugez importantes concernant la grossesse ou la naissance :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## HISTOIRE MÉDICALE

1. L'enfant a-t-il déjà eu des convulsions?  Oui  Non Des crises d'épilepsie?  Oui  Non

Si oui, quel âge avait-il (année et mois)? : \_\_\_\_\_

En présente-t-il encore? : \_\_\_\_\_ À quelle fréquence : \_\_\_\_\_

Prend-il une médication pour contrôler ses convulsions / son épilepsie?  Oui  Non

Si OUI, laquelle? : \_\_\_\_\_

2. L'enfant a-t-il déjà perdu connaissance?  Oui  Non Si OUI, à quelle(s) occasion(s)? :  
\_\_\_\_\_



## QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT - CENOP

3. L'enfant a-t-il déjà eu un accident? Si oui, qu'est-il arrivé? : \_\_\_\_\_

Quand? \_\_\_\_\_ A-t-il été inconscient (perdu connaissance)?  Oui  Non

A-t-il eu des maux de tête?  Oui  Non A-t-il vomi?  Oui  Non

4. L'enfant a-t-il déjà subi des opérations?  Oui  Non Si OUI, laquelle/lesquelles et quand? : \_\_\_\_\_

5. L'enfant a-t-il eu d'autres maladies graves?  Oui  Non Si OUI, précisez : \_\_\_\_\_

6. Y a-t-il un autre membre de la famille qui souffre ou a souffert de (cochez) : Oui Degré de parenté avec l'enfant

Convulsions-épilepsie  \_\_\_\_\_

Déficience intellectuelle  \_\_\_\_\_

Difficultés à l'école en français  \_\_\_\_\_

Trouble du langage écrit (dyslexie / dysorthographe)  \_\_\_\_\_

Difficultés à l'école en mathématiques  \_\_\_\_\_

Trouble d'apprentissage en mathématiques (dyscalculie)  \_\_\_\_\_

Hyperactivité/Impulsivité (TDAH)  \_\_\_\_\_

Déficit d'attention / Inattention (TDA)  \_\_\_\_\_

Tics/Syndrome Gilles de la Tourette  \_\_\_\_\_

Trouble obsessionnel (TOC)  \_\_\_\_\_

Dépression  \_\_\_\_\_

Anxiété / phobie  \_\_\_\_\_

Troubles du spectre de l'autisme (TSA)  
(Trouble envahissant du développement -TED- ou Asperger)  \_\_\_\_\_

Trouble du langage oral (dysphasie)  \_\_\_\_\_

Trouble de la motricité ou praxique  
(dyspraxie ou trouble développemental de la coordination)  \_\_\_\_\_

Fonctionnement dans la douance (Haut potentiel)  \_\_\_\_\_

Autre? : \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

7. L'enfant a-t-il déjà consulté en neurologie?  Oui  Non Si OUI, pour quelle(s) raison(s) et à quel âge? \_\_\_\_\_

8. L'enfant a-t-il déjà été vu en optométrie?  Oui  Non Si OUI, date de la dernière visite : \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il des problèmes de vision?  Oui  Non Si OUI, lesquels? : \_\_\_\_\_



# QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT - CENOP

9. L'enfant a-t-il déjà été vu en audiologie?  Oui  Non Si OUI, date dernière visite : \_\_\_\_\_  
L'enfant a-t-il des problèmes auditifs?  Oui  Non Si OUI, lesquels? : \_\_\_\_\_
10. L'enfant a-t-il eu plusieurs infections aux oreilles?  Oui  Non Si OUI - Fréquence : \_\_\_\_\_  
Quand? \_\_\_\_\_ A-t-il eu des tubes (drains)? \_\_\_\_\_ A-t-il pris des antibiotiques de façon répétée? \_\_\_\_\_
11. L'enfant a-t-il des problèmes au niveau de l'alimentation ou avez-vous des inquiétudes par rapport à son alimentation ?  
 Oui  Non Si OUI, précisez : \_\_\_\_\_  
Suit-il un régime particulier (ex: sans gluten, sans lactose)?  Oui  Non Si OUI, précisez : \_\_\_\_\_  
Souffre-t-il de constipation ou de diarrhée fréquente?  Oui  Non Si OUI, précisez : \_\_\_\_\_  
Autres particularités concernant son alimentation : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. L'enfant présente-t-il des troubles du sommeil?  agitation  dort profondément  mouille son lit  
 parle pendant son sommeil  peur du noir  fait des cauchemars  terreurs nocturnes – décrivez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Dort-il seul?  Oui  Non  
Lui arrive-t-il de dormir avec ses parents?  Oui  Non Si OUI, à quelle(s) occasion(s)? : \_\_\_\_\_
13. En général, la semaine il se lève à : \_\_\_\_\_ et se couche à : \_\_\_\_\_  
Et la fin de semaine, il se lève à : \_\_\_\_\_ et se couche à : \_\_\_\_\_
14. Combien de temps prend-il pour s'endormir? \_\_\_\_\_
15. Le matin, au lever, est-il en forme?  Oui  Non
16. Faites la liste des médicaments que prend votre enfant actuellement (nom, dosage) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT

Note : pour les enfants adoptés, il est possible que vous ne puissiez répondre à certaines questions.

1. Les premiers mois à la maison, suivant la naissance, ont-ils été difficiles?  Oui  Non

Si OUI, pourquoi? : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT - CENOP

2. Parmi les termes suivants, lesquels pourraient s'appliquer aux comportements de l'enfant durant sa petite enfance (0-2 ans)? (cochez) :

- |                          |                          |                                    |                          |                           |                          |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Sage et heureux          | <input type="checkbox"/> | Pleurnichard et irritable          | <input type="checkbox"/> | Aime se faire bercer      | <input type="checkbox"/> |
| S'alimente facilement    | <input type="checkbox"/> | Difficile à nourrir                | <input type="checkbox"/> | Facile à apaiser          | <input type="checkbox"/> |
| Dort bien                | <input type="checkbox"/> | Se réveille plusieurs fois la nuit | <input type="checkbox"/> | N'aime pas être pris      | <input type="checkbox"/> |
| Peu actif                | <input type="checkbox"/> | Souvent agité/en mouvement         | <input type="checkbox"/> | Fait des crises de colère | <input type="checkbox"/> |
| Assure un contact visuel | <input type="checkbox"/> | Fuit le regard                     | <input type="checkbox"/> | Se frappe                 | <input type="checkbox"/> |

3. Comparativement à d'autres enfants, a-t-il présenté des retards de langage au niveau de :

La compréhension :  Oui  Non

L'expression :  Oui  Non

**\*\* Pour les enfants de plus de 6 ans, les 2 prochaines sections ciblent la petite enfance.**

### Langage réceptif (compréhension) :

L'enfant comprend les consignes en regardant les autres :  Oui  Non

L'enfant a besoin qu'on illustre les consignes avec des gestes ou des images :  Oui  Non

L'enfant comprend les consignes simples : « **Va chercher tes souliers.** »  Oui  Non

L'enfant comprend les consignes complexes ou qui contiennent plusieurs éléments : « **Mets tes pantoufles rouges sous le lit.** »  Oui  Non

Quelle est sa réaction lorsque les gens ne le comprennent pas? : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

### Langage expressif :

L'enfant est capable de s'exprimer par des gestes (ex: en pointant) :  Oui  Non

L'enfant s'exprime plutôt par du jargon :  Oui  Non

L'enfant s'exprime par des mots isolés :  Oui  Non

L'enfant s'exprime par des phrases courtes (2-3 mots) :  Oui  Non

L'enfant s'exprime par des phrases élaborées :  Oui  Non

4. À quel âge a-t-il dit ses premiers mots? : \_\_\_\_\_ Ses premières phrases? : \_\_\_\_\_



# QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT - CENOP

## MOTRICITÉ

1. Comparativement à d'autres enfants, a-t-il **présenté des difficultés** dans les :

Habiletés motrices globales (marcher, sauter, faire de la bicyclette...) :  Oui  Non

Habiletés motrices fines (boutonner, lacer, dessiner...) :  Oui  Non

Que dessine-t-il? : \_\_\_\_\_

2. À quel âge a-t-il complété l'entraînement à la propreté le jour? \_\_\_\_\_ la nuit? \_\_\_\_\_

Lui arrive-t-il encore de «s'échapper»?  Oui  Non

3. À quel âge a-t-il marché? : \_\_\_\_\_

4. À quel âge a-t-il montré une préférence pour l'une ou l'autre main? : \_\_\_\_\_ Laquelle?  Droite  Gauche

## COMPORTEMENT

1. Comparativement à d'autres enfants, a-t-il présenté des difficultés à :

rester assis pour écouter la télévision ou une histoire?  Oui  Non

jouer et socialiser avec les autres enfants?  Oui  Non

2. Comment joue-t-il? Comment utilise-t-il le matériel du jeu? (imitation, exploration, répétition) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. L'enfant préfère-t-il jouer avec des enfants plus jeunes, plus vieux ou du même âge que lui? : \_\_\_\_\_

4. L'enfant a-t-il l'occasion de jouer avec des enfants de son âge?  Oui  Non

L'enfant joue-t-il souvent  seul  à deux  en groupe

À quoi aime-t-il jouer? : \_\_\_\_\_

Comment entre-t-il en relation avec les enfants? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comment s'est déroulée l'intégration de l'enfant à la garderie/école? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comment entre-t-il en relation avec les adultes? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT - CENOP

5. Considérez-vous votre enfant comme:  hyperactif  inattentif  en trouble de comportement

6. A-t-il eu des difficultés de séparation lors de départs?  Oui  Non Si OUI, jusqu'à quel âge? : \_\_\_\_\_

7. L'enfant a-t-il déjà suivi une psychothérapie ou vu un(e) psychologue?  Oui  Non

Si oui, pour quelle raison? \_\_\_\_\_

L'enfant avait quel âge? \_\_\_\_\_

8. L'enfant a-t-il déjà eu une **évaluation** : en **psychologie**?  Oui  Non en **orthophonie**?  Oui  Non

en **ergothérapie**?  Oui  Non en **psychoéducation**?  Oui  Non

Si oui, à quel âge? : \_\_\_\_\_ Les résultats sont-ils disponibles? : \_\_\_\_\_

Quelles conclusions en avez-vous tirées? \_\_\_\_\_

9. À quel âge avez-vous eu des inquiétudes quant au développement de l'enfant pour la première fois? : \_\_\_\_\_

Quelles étaient les principales inquiétudes à ce moment-là? : \_\_\_\_\_

10. Quelles sont vos principales inquiétudes actuellement? : \_\_\_\_\_

## HISTOIRE SCOLAIRE

1. En quelle année est-il actuellement? \_\_\_\_\_ Nom de l'école : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Nom de son(s) enseignant(s): \_\_\_\_\_

2. L'enfant a-t-il eu des difficultés à développer les habiletés préscolaires (nommer les couleurs, l'alphabet, les chiffres, les formes,...) :  Oui  Non Si OUI, décrivez : \_\_\_\_\_

3. Avez-vous l'impression que votre enfant présente des troubles/difficultés d'apprentissage?  Oui  Non

Si oui, de quelle nature? : \_\_\_\_\_

En quelle année ces difficultés ont-elles commencé?  Maternelle  1 ère année  2e année

autre niveau - lequel : \_\_\_\_\_

4. A-t-il déjà recommencé une année?  Oui  Non Si OUI, laquelle? : \_\_\_\_\_

Pourquoi? : \_\_\_\_\_



## QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT - CENOP

5. Avez-vous des inquiétudes sur le rendement de votre enfant dans l'un ou l'autre de ces secteurs de la vie quotidienne?

Attention	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Mémoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Apprendre de nouvelles connaissances	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Développement social	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autonomie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Motricité fine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Confiance en soi/Estime de soi	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Motricité globale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Autre? Décrivez : \_\_\_\_\_

6. Avez-vous des inquiétudes sur le rendement de votre enfant dans l'une ou l'autre de ces matières scolaires :

- lecture (fluidité/précision)     compréhension en lecture     orthographe     grammaire  
 mathématiques     calligraphie     autre (décrivez) :

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

7. Votre enfant reçoit-il ou a-t-il reçu des services pédagogiques spéciaux?

- Dans une école spéciale - nom : \_\_\_\_\_  
 En orthopédagogie     pour le français – année et fréquence : \_\_\_\_\_  
                                   pour les mathématiques – année et fréquence: \_\_\_\_\_  
 En orthophonie pour des troubles     du langage – année et fréquence: \_\_\_\_\_  
   de la parole – année et fréquence: \_\_\_\_\_  
   du langage écrit – année et fréquence : \_\_\_\_\_

Est-il connu du psychologue scolaire?     Oui     Non

Est-il en classe pour troubles d'apprentissage?     Oui     Non    Si OUI, type de classe: \_\_\_\_\_

Est-il en classe pour problèmes de comportement?     Oui     Non    Si OUI, type de classe: \_\_\_\_\_

8. Au retour de l'école, votre enfant:     est fatigué     est agité     a des maux de tête

autre : \_\_\_\_\_

9. Vous parle-t-il de ce qu'il fait à l'école? : \_\_\_\_\_ ou plutôt des autres? : \_\_\_\_\_

10. Qui l'aide pour ses devoirs et leçons? : \_\_\_\_\_

11. Combien de temps prend-t-il pour ses devoirs et leçons? : \_\_\_\_\_





# QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT - CENOP

12. Comment est a période des devoirs (facile/difficile?) Décrivez: \_\_\_\_\_

---

---

## SOCIALISATION

1. L'enfant s'entend-il bien avec les membres de la famille? Décrivez : \_\_\_\_\_

---

2. L'enfant s'entend-il bien avec les amis de son âge? Décrivez : \_\_\_\_\_

---

3. Avez-vous noté des changements de personnalité qui vous inquiètent?  Oui  Non Si OUI, décrivez :

---

4. Comparativement à d'autres enfants de son âge, où situez-vous votre enfant sur l'échelle suivante?

Comportement	Beaucoup moins	Un peu moins	À peu près pareil	Un peu plus	Beaucoup plus
Impulsif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Généreux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensible aux autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opposant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Timide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casse-cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attentif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perfectionniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excitable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladroit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT - CENOP

Autres informations que vous jugez pertinentes : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

## CHEMINEMENT SCOLAIRE

Veillez indiquer le cheminement scolaire de votre enfant pour chaque année (ex. 2008-2009) en commençant par la pré-maternelle ou maternelle et en signalant aussi chaque année doublée. SVP, préciser de quelle classe spéciale il s'agit quand c'est le cas.

<b>Année scolaire</b>	<b>Niveau</b>	<b>Nom de l'école</b>	<b>Commission scolaire</b>	<b>Genre de classe</b> (régulière, DGA, TC, communication, langage, classe ressource, TSA, etc.)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Votre appréciation de l'enseignant(e) actuel(le) : \_\_\_\_\_

---

Votre appréciation de l'école actuelle : \_\_\_\_\_

---