



## QUESTIONNAIRE ANAMNESTIQUE STAGE DE VACANCES

Stage Inclusif du ...../...../..... Et (ou) stage du .... /...../.... au ...../..../.....



Bonjour,

Merci de répondre à ce questionnaire de façon la plus complète possible. Les informations que vous allez nous fournir vont nous permettre de mieux comprendre le comportement de votre enfant ainsi que son contexte.

Comme vous le savez, il est primordial d'assurer une bonne communication entre les professionnels qui sont impliqués dans le suivi de votre enfant durant son stage. A cette fin, **gardez ce questionnaire en votre possession, mais de bien nous fournir en retour une copie par mail à l'adresse [asbl.cep@librebulle.be](mailto:asbl.cep@librebulle.be) ou**

Lorsque vous vous présenterez à l'accueil lors de l'entrée en stage de votre enfant, n'oubliez de le remettre à un responsable présent, dûment rempli et signé.

### IDENTIFICATION

**NOM** de l'enfant (en majuscule) : ..... **Prénom** : .....

Date de Naissance : ..... Sexe : ☐ F ☐ M

Lieu de Naissance : .....

Adresse (domicile) : ..... CP .....

Ville .....

Téléphone : Fixe : .....



Gsm : .....

Votre organisme de sécurité sociale (mutuelle) : .....

Adresse mail : .....

Médecin traitant : .....

Médecin spécialiste (pédiatre, neuropédiatre, pédopsychiatre, ...) :

.....

Pathologie, syndrome, sur base d'un diagnostic médical reconnue ou en suspicion :

.....

.....

.....

Votre enfant est-il suivi , ou bénéficie -t-il d'une prise en charge particulière ? Si oui, le ou lesquels ?

Quel Type de prise en charge ? (ex : Logopède, Ergothérapeute, psychoéducateur, psychomotricienne, enseignement spécialisé, ...) ., veuillez fournir le nom et prénom de l'intervenant(e), un numéro de téléphone ou une adresse e-mail :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## HISTOIRE FAMILIALE

Langue maternelle (parlée au domicile) : .....

Langue parlée dans son quotidien en extérieur : .....

Parents : ☐ en couple ☐ divorcés/ séparés ☐ veuf/veuve

☐ famille recomposée ☐ monoparentale

Si les parents sont séparés, divorcés ou monoparentale, l'enfant vit :

☐ avec la mère ☐ avec le père ☐ en garde alternée ☐ en famille recomposée

☐ autre situation : .....

L'enfant est-il adopté : oui / non

Si oui : Âge de l'enfant lors de l'adoption : .....

Lieu de vie d'origine et pays : .....



Avez-vous d'autres enfants lors de son stage ?

| Nom | Prénom | Sexe | Date de Naissance | Lien de parenté avec l'enfant (frère, sœur, ½ frère, ½ sœur, ...) | TDA/H -TSA – T21 - HPE - HPI, TOP – DM Type 1 – 2 ou autres |
|-----|--------|------|-------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|     |        |      |                   |                                                                   |                                                             |
|     |        |      |                   |                                                                   |                                                             |
|     |        |      |                   |                                                                   |                                                             |
|     |        |      |                   |                                                                   |                                                             |
|     |        |      |                   |                                                                   |                                                             |

Quelle est l'entente entre les différents enfants de la famille :

.....  
.....

Y a-t-il un problème de santé ou un handicap quelconque chez un enfant de la famille ?

Si oui, lequel ? .....

.....  
.....

Difficulté(s) familiale(s) à évoquer ?

.....  
.....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

### État de santé



Porte-t-il (elle) des lunettes ? oui/non

Vue : normale / correction

Porte-il ou (elle) un appareil auditif ?

Audition : normale / correction

Maladie(s) de la petite enfance : .....

Prise régulière de médicament(s) : oui / non

Si oui, nom du/des médicament(s) et dosage : .....

.....

Allergie(s) : oui / non

Si oui, précisez : .....

.....

.....

Opération(s) chirurgicale(s) : oui / non

Si oui, précisez : .....

Épilepsie : oui / non

Intolérances alimentaire(s) : oui / non

Si oui, précisez : .....

Antécédents médicaux familiaux : oui / non

Si oui, lesquels ? .....

### **Motricité – Stéréotypies - autres**

Dominance manuelle : .....

Écriture (vitesse, précision,...) :

.....

Stéréotypies, définissez :

.....

.....

Utilisation aisée de la règle/ciseaux/couverts/ lacer ses chaussures :

☐ acquis : à quel âge ?    ☐ avec aide    ☐ en cours d'acquisition    ☐ non acquise



Pratique du vélo :

☐ acquise : à quel âge ? ☐ avec aide ☐ en cours d'acquisition ☐ non acquise

Habillage :

☐ acquis : à quel âge ? ☐ avec aide ☐ en cours d'acquisition ☐ non acquis

Votre enfant joue-t-il avec des jouets, puzzle, si oui , lesquelles ?

oui / non , .....

Si oui, combien de pièces ? .....

Joue-t-il seul ?

Est – il sociable avec les paires ? oui/non ? comment définiriez-vous ses relations dans le jeu ?

.....

.....

.....

Comment le définiriez-vous sa présence avec les paires (autres enfants) dans le jeu ?

.....

Votre enfant joue-t-il avec des Légos ? oui / non

Si non, quels autres jouets ou jeux ?

Suit-il les plans ou selon son imagination ?

Quels sont ses loisirs occupationnels préférés ?

Votre enfant fait-il une activité sportive : oui / non

Si oui laquelle ?.....

Est-il habile dans cette activité ? .....

## **HYGIÈNE DE VIE**

---

### **Sommeil**

Votre enfant présente-t-il des troubles du sommeil ? oui / non

A-t-il (elle) besoin d'une sieste le matin ou l'après-midi oui/non,  
précisez le moment

.....

.....

☐ agitation ☐ dort profondément ☐ parle pendant son sommeil ☐ peur du noir

☐ mouille son lit ☐ fait des cauchemars ☐ terreurs nocturnes ☐ ronfle ☐ apnées

Décrivez : .....



Dort-il seul ? oui / non

Combien de temps prend-il pour s'endormir ? .....

Votre enfant est-il propre (énurésie/encoprésie (diurne)

Oui / non, précisez

.....  
.....

### **Alimentation/Appétit**

Votre enfant prend-il un petit déjeuner ? oui / non

Si oui, quel est son petit déjeuner habituel ? .....

.....

Votre enfant prend-il des collations ?

Si oui, de quel type ? .....

À quel(s) moment(s) de la journée ? .....

Comment qualifieriez-vous son appétit lors des repas ?

.....

Mange-t-il des légumes ? oui / non

Mange-t-il des fruits ? oui / non

Mange-t-il des oléagineux (noix, amande,...) ? oui / non

Mange-t-il du poisson ? oui / non

Quelle est sa/ses boisson(s) habituelle(s) ? .....

### **Multimédia**

Combien de temps votre enfant passe-t-il devant la télévision ? .....

À quel(s) moment(s) ?

.....

Quel type d'émission ?

.....

Est-il seul ou accompagné ? .....

Combien de temps passe-t-il à jouer sur tablette ou sur ordinateur ? .....

À quel(s) moment(s) ? .....



Quels sont ses jeux préférés ? .....

### SPHÈRE PSYCHO-AFFECTIVE

---

Votre enfant a-t-il ou a-t-il eu des problèmes émotionnels (de type anxiété ou dépression) ?

Si oui, précisez : .....

.....

.....

Votre enfant a-t-il vécu des événements de vie stressants ou des situations difficiles qui l'ont particulièrement marqué ?

Si oui, décrivez de quoi il s'agit : .....

.....

### COMPORTEMENT ET FONCTIONNEMENT SOCIAL

Quel est son comportement en famille, en extra-scolaire :

.....

.....

.....

.....

Entente avec ses pairs, ses amis, l'adulte : ( comment se comporte-t-il avec ceux-ci ? exemple : agressivité , plaisante, attachante, distante, autres , expliquez brièvement ).

.....

.....

.....

.....

Quelles sont ses activités préférées et comment se comporte-t-il face à celles-ci ?

.....

.....

.....



Si vous voulez nous faire part d'autres informations qui vous semblent importantes, n'hésitez pas à les noter ci-dessous.

Votre nom :

Votre lien avec l'enfant :

Par la présente, je certifie avoir informé le centre Libre & Bulle de toutes informations importantes en dehors de celles demandées afin de garantir la sécurité physique et psychologique de mon enfant.

Pour accord de prise en charge de mon enfant dénommé (nom et prénom de l'enfant) ,  
.....

Signature(s) Des parents légaux en droits, (précédée(s) de la mention : « lu et approuvé »).