



QUESTIONNAIRE ANAMNESTIQUE STAGE DE VACANCES

Stage du / / au / / Et 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**. 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, ...) :

.....

HISTOIRE FAMILIALE

Langue maternelle (parlée au domicile) :

Langue parlée dans son quotidien en extérieur :

Parents : en couple divorcés/ séparés veuf/veuve

famille recomposée monoparental

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 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

Dominance manuelle :

Écriture (vitesse, précision,...) :

.....

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 puzzles ? oui / non

Si oui, combien de pièces ?

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

Suit-il les plans ou selon son imagination ?

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 :

.....

.....

.....

.....

.....



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 »).