

Questionnaire destiné au père, à la mère ou au fournisseur de soins de la maternelle ou du jardin d'enfants

Bienvenue à la maternelle et au jardin d'enfants! À l'Ottawa-Carleton District School Board, nous reconnaissons que les familles jouent un rôle important dans l'éducation de l'enfant et qu'en votre qualité de parents ou de tuteurs, vous comprenez très bien votre enfant. Comme les enfants qui se présentent à la maternelle ou au jardin d'enfants ont eu un grand nombre d'expériences différentes et qu'ils ont beaucoup de talents et de besoins différents, les employés ont avantage à connaître les informations clés concernant votre enfant avant qu'il ne commence l'école. En apprendre sur votre enfant nous aide à savoir où il en est dans son apprentissage et à créer un environnement favorable à ses premiers pas à l'école.

Si vous souhaitez avoir de l'aide pour remplir ce questionnaire ou si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter l'école. Veuillez remplir ce formulaire et le retourner à l'école dès que possible.

Informations de base	École : _____
Nom complet de l'enfant :	_____
Nom que l'enfant préfère :	_____
Pronoms de l'enfant :	_____
Date de naissance de l'enfant : (aaaa/mm/jj)	_____
Nom du père, de la mère, du tuteur ou de la tutrice	_____
Nom du père, de la mère, du tuteur ou de la tutrice	_____

Veuillez nous parler du domicile de votre enfant et des lieux où l'on s'occupe de lui.	
Qui vit avec votre enfant? (adultes et enfants)	_____
Quelles langues entend-il parler, parle-t-il ou comprend-il?	il entend parler : _____ il parle : _____ il comprend : _____

<p>Dites-nous ce que les membres de votre famille aiment à faire ensemble (par exemple, activités, intérêts communs, traditions ou fêtes spéciales).</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>										
<p>Qu'est-ce qui compte vraiment pour votre famille?</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>										
<p>Dites-nous de quelle manière les membres de votre famille racontent des histoires.</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ils inventent des histoires ensemble</td> <td><input type="checkbox"/> ils lisent avant d'aller au lit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ils racontent des histoires</td> <td><input type="checkbox"/> ils écoutent des histoires en ligne</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ils lisent des livres d'images ensemble</td> <td><input type="checkbox"/> ils se déguisent ou incarnent des personnages</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ils écoutent des livres en ligne</td> <td><input type="checkbox"/> autre : _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ils regardent des vidéos en ligne</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ils inventent des histoires ensemble	<input type="checkbox"/> ils lisent avant d'aller au lit	<input type="checkbox"/> ils racontent des histoires	<input type="checkbox"/> ils écoutent des histoires en ligne	<input type="checkbox"/> ils lisent des livres d'images ensemble	<input type="checkbox"/> ils se déguisent ou incarnent des personnages	<input type="checkbox"/> ils écoutent des livres en ligne	<input type="checkbox"/> autre : _____	<input type="checkbox"/> ils regardent des vidéos en ligne	
<input type="checkbox"/> ils inventent des histoires ensemble	<input type="checkbox"/> ils lisent avant d'aller au lit										
<input type="checkbox"/> ils racontent des histoires	<input type="checkbox"/> ils écoutent des histoires en ligne										
<input type="checkbox"/> ils lisent des livres d'images ensemble	<input type="checkbox"/> ils se déguisent ou incarnent des personnages										
<input type="checkbox"/> ils écoutent des livres en ligne	<input type="checkbox"/> autre : _____										
<input type="checkbox"/> ils regardent des vidéos en ligne											
<p>Qui vous a aidé à prendre soin de votre enfant? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)</p>	<input type="checkbox"/> proches parents <input type="checkbox"/> amis ou voisins <input type="checkbox"/> fournisseur de services de garde en milieu familial <input type="checkbox"/> garderie <input type="checkbox"/> aide familiale <input type="checkbox"/> autre : _____										
<p>Votre famille a-t-elle eu accès à des ressources pour les premières années de votre enfant dans son quartier? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)</p>	<input type="checkbox"/> Centres pour l'enfant et la famille ON y va (groupes de jeu, haltes-garderies, Baby and Me) <input type="checkbox"/> Wabano Centre (Wabano Kids, Parenting Bundle) <input type="checkbox"/> Inuuqatigiit Centre (narration de récits, cuisine familiale) <input type="checkbox"/> Odawa's Early Years Child and Family Centre <input type="checkbox"/> Bibliothèque publique d'Ottawa (heures du conte)										

	<input type="checkbox"/> Mothercraft <input type="checkbox"/> Centre des ressources pour parents <input type="checkbox"/> Santé publique Ottawa (Être parent à Ottawa) <input type="checkbox"/> Premiers Mots <input type="checkbox"/> Activités récréatives de la ville d'Ottawa (leçons de patinage, natation, soccer, gymnastique, programmes artistiques) <input type="checkbox"/> Partners in Parenting <input type="checkbox"/> Enseignement de plein air (École de la forêt et de la nature d'Ottawa) <input type="checkbox"/> Autre, veuillez expliquer :
--	--

Veillez nous parler de la santé de votre enfant et de son développement.	
Votre enfant souffre-t-il de problèmes de santé graves ou qui menacent sa vie que nous devrions connaître?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non (Dans l'affirmative, veuillez expliquer en quoi les problèmes consistent)
Souffre-t-il de troubles de santé et du développement?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non (Dans l'affirmative, veuillez cocher les troubles en question) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> vue (cécité, troubles de la vue, verres de correction nécessaires) <input type="checkbox"/> ouïe (besoin de système de modulation de fréquence, implants cochléaires) <input type="checkbox"/> langage (trouble du langage, difficulté à se faire comprendre) <input type="checkbox"/> capacité cognitive (mauvaise mémoire, troubles de l'attention) <input type="checkbox"/> motricité fine (difficulté à s'habiller, faiblesse des mains) <input type="checkbox"/> motricité globale (pertes d'équilibre, difficulté à courir ou à grimper) <input type="checkbox"/> rapport avec les autres (difficulté à se séparer des autres ou tendance à s'éloigner du groupe) <input type="checkbox"/> sensibilité au son ou phonophobie <input type="checkbox"/> autre : _____

Nous vous demandons de nous aider à connaître votre enfant.

Quelles sont les choses que votre enfant aime faire?

- bâtir
- jouer dehors
- dessiner ou colorier
- jouer avec des poupées

- jouer avec des autos
- fabriquer des choses
- faire de la bicyclette
- aider à nettoyer

- aider à cuisiner
- jouer à des jeux
- recourir à son imagination
- jouer à la balle ou au ballon

- écouter des histoires
- écouter ou jouer de la musique
- jouer à des jeux électroniques
- autre : _____

Parlez-nous des amis avec qui votre enfant aime s'amuser?

- il s'amuse seul
- avec ses frères et sœurs
- avec des enfants plus jeunes

- avec des enfants plus vieux
- avec des adultes
- avec d'autres : _____

Quelles sont les qualités que vous ou d'autres membres de la famille appréciez chez votre enfant?

- doté du sens de l'humour
- coopératif
- gentil
- sachant s'affirmer
- créatif
- prudent
- concentré

- athlétique
- affectueux
- tranquille
- enjoué
- débrouillard
- aimant
- sensible

- indépendant
- serviable
- n'ayant pas peur des problèmes
- curieux
- bavard et persévérant
- sociable
- autre : _____

- humble
- empathique
- attentionné
- réfléchi
- observateur
- ayant du leadership
- autre : _____

Nous aimerions en savoir davantage sur ce dont votre enfant a besoin lorsqu'il est sous le coup d'une émotion intense.

- De quelle manière votre enfant vous fait-il savoir ce dont il a besoin?

- il le demande
- il pointe du doigt
- il le montre par ses expressions faciales

- il fait des gestes
- il pleure ou exprime ses sentiments

- autre : _____
- autre : _____
- autre : _____

- Quelles autres expériences ou activités rendent votre enfant heureux et font en sorte qu'il se sente en sécurité?

- être en famille
- sentir que l'avenir est prévisible
- consommer les aliments qu'il adore
- se faire raconter des histoires
- jouer dehors

- chanter et danser
- jouer à des jeux
- se blottir contre ses proches
- exercer sa créativité
- regarder la télévision

- être physiquement actif (par ex. courir, sauter, grimper)
- bricoler ou dessiner
- autre : _____

<ul style="list-style-type: none"> Comment savez-vous d'habitude s'il se sent craintif ou anxieux? 	<input type="checkbox"/> il se cache ou se replie sur lui-même <input type="checkbox"/> il parle plus fort <input type="checkbox"/> il se tient à vos côtés <input type="checkbox"/> il devient timide <input type="checkbox"/> il se ronge les ongles ou mordille des objets	<input type="checkbox"/> il pleure <input type="checkbox"/> il devient agité <input type="checkbox"/> il se couvre le visage, les oreilles ou les yeux <input type="checkbox"/> il va aux toilettes plus fréquemment	<input type="checkbox"/> il essaie de s'échapper ou s'enfuit en courant <input type="checkbox"/> il désire être en présence de l'adulte <input type="checkbox"/> qu'il préfère <input type="checkbox"/> il se fâche <input type="checkbox"/> autres attitudes : _____
<ul style="list-style-type: none"> Comment savez-vous d'habitude s'il a faim ou qu'il se sent fatigué? 	<input type="checkbox"/> il semble grincheux ou fait des chichis <input type="checkbox"/> il pleure plus facilement <input type="checkbox"/> il devient silencieux ou se replie sur lui-même <input type="checkbox"/> il joue à l'idiot <input type="checkbox"/> il demande beaucoup d'attention	<input type="checkbox"/> il a de la difficulté à se concentrer <input type="checkbox"/> il devient plus facilement contrarié <input type="checkbox"/> il n'a pas d'énergie <input type="checkbox"/> il a plus d'énergie que d'habitude <input type="checkbox"/> il semble un peu gauche	<input type="checkbox"/> il demande ou se procure des aliments <input type="checkbox"/> il trouve un endroit tranquille <input type="checkbox"/> il veut se blottir contre vous <input type="checkbox"/> autres attitudes : _____
<ul style="list-style-type: none"> Quelles stratégies utilisez-vous pour l'apaiser lorsqu'il se sent en colère, triste ou bouleversé? 	<input type="checkbox"/> je le prends dans mes bras, je lui fais un câlin <input type="checkbox"/> ou je l'entoure d'une couverture lourde <input type="checkbox"/> je le laisse tranquille <input type="checkbox"/> je lui parle <input type="checkbox"/> je lui parle plus doucement <input type="checkbox"/> je l'invite à prendre de profondes respirations avec moi	<input type="checkbox"/> je le fais chanter ou danser <input type="checkbox"/> je lui fais écouter de la musique <input type="checkbox"/> je lui fais faire une activité physique <input type="checkbox"/> je me couche près de lui <input type="checkbox"/> je le berce ou le fais sauter sur un ballon d'exercice <input type="checkbox"/> je l'invite à dessiner ou à colorier	<input type="checkbox"/> je lui donne une collation ou une boisson <input type="checkbox"/> je lui fais porter un casque antibruit <input type="checkbox"/> je lui fais porter des bijoux <input type="checkbox"/> je lui fais la lecture <input type="checkbox"/> autre : _____
<p>Y a-t-il quoi que ce soit d'autre que vous aimeriez nous dire au sujet de votre enfant ou de votre famille? (par exemple, en développant l'un des sujets ci-dessus ou en nous donnant d'autres informations)</p>			

<p>Autres partenaires pédagogiques :</p>
<p>Transport</p>

Quel moyen de transport votre enfant utilise-t-il pour se rendre à l'école et revenir à la maison?	Le matin <input type="checkbox"/> autobus <input type="checkbox"/> auto <input type="checkbox"/> marche	En après-midi <input type="checkbox"/> autobus <input type="checkbox"/> auto <input type="checkbox"/> marche
Services de garde en dehors des heures de classe		
Votre enfant est-il inscrit en ce moment à des services de garde en dehors des heures de classe à cette école ou son nom figure-t-il sur la liste d'attente?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Dans l'affirmative, veuillez indiquer lequel des choix ci-contre.	<input type="checkbox"/> programme de jour prolongé de l'Ottawa-Carleton District School Board <input type="checkbox"/> fournisseur tiers <input type="checkbox"/> programme de loisirs	
À quel moment la classe aura-t-elle lieu?	<input type="checkbox"/> en matinée seulement <input type="checkbox"/> en après-midi seulement <input type="checkbox"/> en matinée et en après-midi <input type="checkbox"/> autre (des journées en alternance par exemple. Veuillez préciser) _____	

Signature du père, de la mère, du tuteur ou de la tutrice : Date :	Signature de l'enseignant ou du directeur : Date :
---	---