

QUESTIONNAIRE AUX PARENTS

Demande d'admission – Niveau secondaire

Afin que nous puissions mieux connaître votre enfant, nous vous demandons de répondre au questionnaire suivant le plus fidèlement possible. Ces renseignements feront partie de son dossier et resteront confidentiels.

S.V.P.
Veuillez apposer une photo récente de votre enfant

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE	Nom			
	Prénom			
	Date de naissance			
	Lieu de naissance			
	Code permanent			
	Langue maternelle			
	Autres langues			
	Religion			

IDENTIFICATION DU PÈRE	Nom			
	Prénom			
	Adresse			
	Ville			
	Code postal			
	Téléphone résidence		Téléphone travail	

IDENTIFICATION DE LA MÈRE	Nom			
	Prénom			
	Adresse			
	Ville			
	Code postal			
	Téléphone résidence		Téléphone travail	

La correspondance doit être adressée à	Mère <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Les deux parents <input type="radio"/>		
	Autre <input type="radio"/> Prière de spécifier		

Avez-vous un enfant qui fréquente l'École Vanguard présentement?	Oui <input type="radio"/>	Nom de l'enfant		
	Non <input type="radio"/>	Niveau fréquenté	Primaire <input type="radio"/>	Secondaire <input type="radio"/>

HISTOIRE FAMILIALE	
1.	L'enfant demeure : avec ses parents <input type="radio"/> avec sa mère <input type="radio"/> avec son père <input type="radio"/> en garde partagée <input type="radio"/> autre <input type="radio"/>
2.	Dans le cas d'une garde partagée, veuillez en spécifier la fréquence.
3.	Si l'enfant n'habite pas avec un de ses parents naturels, veuillez expliquer.
4.	Si les parents sont séparés, qui a la garde légale de l'enfant?
5.	Quelqu'un dans la famille a-t-il eu des difficultés de langage ou à apprendre à lire ou a éprouvé de la difficulté dans son travail scolaire en général? Si oui, veuillez indiquer la difficulté et le lien de parenté.

AUTRES ENFANTS DE LA FAMILLE	NOM	ÂGE	LIEN DE PARENTÉ (frère, demi-frère, etc...)	NIVEAU SCOLAIRE

HISTOIRE MÉDICALE			
GROSSESSE	1.	La grossesse s'est-elle déroulée AVEC des complications?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
	Si oui, expliquez.		

NAISSANCE ET ENFANCE	1.	L'enfant est-il né à terme?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
	2.	Si non, veuillez indiquer le nombre de semaines de gestation.	
	3.	Quel était son poids?	
	4.	La naissance s'est-elle déroulée AVEC des complications?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
	Si oui, expliquez.		

SANTÉ	5. Votre enfant a-t-il déjà eu des EXAMENS ou des ÉVALUATIONS en : (Veuillez noter la plus récente)	
	NEUROLOGIE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Où?
		Quand?
		Qui?
		Diagnostic :
	ORTHOPHONIE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Où?
		Quand?
		Qui?
		Diagnostic :
	AUDIOLOGIE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Où?
		Quand?
		Qui?
		Diagnostic :
	PSYCHOLOGIE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Où?
		Quand?
		Qui?
		Diagnostic :
	NEUROPSYCHOLOGIE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Où?
		Quand?
		Qui?
		Diagnostic :
	PÉDOPSYCHIATRIE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Où?
		Quand?
		Qui?
		Diagnostic :
	ORTHOPÉDAGOGIE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Où?
		Quand?
		Qui?
		Diagnostic :
	OPTOMÉTRIE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Où?
		Quand?
		Qui?
		Diagnostic :
	OPHTALMOLOGIE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Où?
		Quand?
		Qui?
Diagnostic :		

SANTÉ	6. Votre enfant est-il ou a-t-il déjà été SUIVI par un professionnel?		
	1	Profession	
		Nom du professionnel	
		Date (la plus récente)	
		Adresse	
		Téléphone	
		Motif du suivi	
		Fréquence	
	2	Profession	
		Nom du professionnel	
		Date (la plus récente)	
		Adresse	
		Téléphone	
		Motif du suivi	
		Fréquence	
	3	Profession	
		Nom du professionnel	
		Date (la plus récente)	
		Adresse	
		Téléphone	
		Motif du suivi	
		Fréquence	
	4	Profession	
		Nom du professionnel	
		Date (la plus récente)	
		Adresse	
		Téléphone	
		Motif du suivi	
Fréquence			

DÉVELOPPEMENT PERSONNEL

1. Veuillez identifier l'aptitude de votre enfant à s'entendre :

	Difficile	Moyen	Facile
Avec sa mère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec son père	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec sa (ses) sœur(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec son (ses) frère(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec son (ses) professeur(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec les jeunes de son âge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Considérez-vous votre enfant comme :

	Oui	Non	COMMENTAIRES
Ayant le goût d'apprendre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Curieux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Responsable et autonome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Perfectionniste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Très sensible à l'échec	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ayant de la difficulté à se faire comprendre verbalement lorsqu'il parle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Capable de suivre facilement une conversation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ayant des difficultés de motricité fine (dessin, calligraphie, découpage...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ayant des difficultés de motricité globale (nager, sauter, grimper...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Peu actif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Inattentif : facilement distrait par les bruits extérieurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Inattentif : facilement absorbé par ses pensées ou lunatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hypersensible aux bruits de l'environnement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hyperactif (trop actif)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Impulsif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Opposant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sujet à des crises de colère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Agressif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

HISTOIRE SCOLAIRE

1. Décrivez votre enfant quant à son travail scolaire.

2. Décrivez votre enfant quant à son comportement à l'école.

3. Quel problème vous inquiète le plus sur le plan scolaire?

4. Quel problème vous inquiète le plus sur le plan personnel chez votre enfant?

5. À votre avis, quelle est la source de ses problèmes?

6. Comment réalise-t-il ses travaux scolaires à la maison? (travaille seul, a besoin de votre présence, de votre aide...)

7. Quelle est la perception de votre enfant vis-à-vis de l'école?

8. Comment l'enseignant de votre enfant explique-t-il ses difficultés?

Ce questionnaire a été complété par : _____

Signature : _____ Date : _____

N.B. Veuillez également remplir l'historique de fréquentation scolaire ci-joint.

AUTORISATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Par la présente, j'autorise la personne responsable des admissions à l'École Vanguard au niveau secondaire à communiquer avec les intervenants de l'école que fréquente mon enfant (l'enseignant, l'orthopédagogue, la direction) dans le but d'obtenir des informations supplémentaires concernant mon enfant et son profil académique.

Signature : _____ Date : _____

Lien avec l'enfant : _____

AUTORISATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Par la présente, j'autorise la personne responsable des admissions à l'École Vanguard au niveau secondaire à transmettre des informations aux différents professionnels (enseignant en adaptation scolaire, psychologue et orthophoniste) travaillant avec mon enfant, notamment son tuteur de classe.

Signature : _____ Date : _____

Lien avec l'enfant : _____

HISTORIQUE DE FRÉQUENTATION SCOLAIRE

(S.V.P. remplir en débutant par la dernière année de fréquentation scolaire de votre enfant)

Année	Nom de l'école	Niveau	Langue		Type de classe		Services additionnels					COMMENTAIRES (Progrès académiques / comportement)
			Français	Anglais	Régulier	Classe spéciale	Orthopédagogie	Travail social	Orthophonie	Psychologie	Autre	
20__ - 20__												
20__ - 20__												
20__ - 20__												
20__ - 20__												
20__ - 20__												
20__ - 20__												
20__ - 20__												
20__ - 20__												
20__ - 20__												
20__ - 20__												
20__ - 20__												
20__ - 20__												
20__ - 20__												
20__ - 20__												