

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE
FACULTE DE MEDECINE
Pôle Formation
59045 LILLE CEDEX
Tél : 03 20 62 76 18
departement-orthophonie@univ-lille.fr



 Université
de Lille

 ufr35 faculté
de médi

ANNEXES

DU MÉMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste
présenté par

Marie FERRÈS

**Validation et normalisation d'une batterie de
cognition mathématique
Élaboration de l'anamnèse du BCM**

MÉMOIRE dirigé par

Sophie FRAGON, Orthophoniste et enseignante, Université de Lille, Lille

Sandrine MEJIAS, Maître de conférences, Université de Lille, Lille

Lille – 2022

Annexe 1 : Tableau de synthèse des batteries d'évaluation orthophonique répondant aux critères d'inclusion

Nom de l'outil	Auteur(s)	Éditeur	Date de publication	Âge / Classe de passation	Spécifique mathématiques	Champ théorique pour les batteries spécifiques aux mathématiques	Anamnèse proposée
B-LM	Métral	Evoludys	2008	5-8 ans GSM – CE1	Oui	Piagétien	Zones à remplir dans le livret de passation (motif, parcours scolaire, difficultés mathématiques)
EVAC	Flessas et Lussier	ECPA	2003	8-14 ans CE2 – 3 ^e	Non	/	Informations de bases à renseigner (nom, prénom, sexe, âge, classe, école, retard scolaire)
Exalang 3-6	Thibault et Helloin	HappyNeuron	2006	2;8-5;10 ans MSM – GSM	Non	/	Questionnaire informatisé selon abonnement des utilisateurs
Exalang 8-11	Thibault, Lenfant et Helloin	HappyNeuron	2012	8-11 ans CE2 – CM2	Non	/	Questionnaire informatisé selon abonnement des utilisateurs
Exalang 11-15	Thibault, Helloin et Lenfant	HappyNeuron	2009	11-15 ans 6 ^e – 3 ^e	Non	/	Questionnaire informatisé selon abonnement des utilisateurs
Examath 8-15	Lafay et Helloin	HappyNeuron	2016	8-15 ans CE2 – 3 ^e	Oui	Cognitiviste	Questionnaire informatisé selon abonnement des utilisateurs
N-EEL	Chevrie-Muller et Plaza	ECPA	2001	3;7-8;7 ans PSM – CE2	Non	/	Encadré à remplir (nom, prénom, âge, classe)
Tedi-MATH	Van Nieuwenhoven, Grégoire et Noël	ECPA	2001	/ MSM – CE2	Oui	Cognitiviste – Théorie piagétienne	Encadré pour informations de base (nom, prénom, âge, genre, classe, profession des parents, nom de l'établissement scolaire)
Tedi-MATH Grands	Noël et Grégoire	ECPA	2015	/ CE2 – 5 ^e	Oui	Cognitiviste	Encadré pour informations de base (nom, prénom, âge, genre, classe, nom de l'établissement scolaire...)
ZAREKI - R	Von Aster	ECPA	2006	6-11;6 ans CP – CM2	Oui	Cognitiviste	Informations de base sur le cahier de passation + zones à remplir à la fin (difficultés d'apprentissage éventuelles, comportement général, antécédents particuliers, autres)

Annexe 2 : Questionnaire en ligne pour le BCM

Questionnaire d'anamnèse BCM	
Nom de votre enfant	
Votre réponse	
Prénom de votre enfant	
Votre réponse	
Date de naissance de votre enfant	
JJ MM YYYY	
__ / __ / ____	
Classe actuelle de votre enfant	
Votre réponse	
Nom du médecin prescripteur	
Votre réponse	
Genre de votre enfant	
<input type="radio"/> Fille	
<input type="radio"/> Garçon	
<input type="radio"/> Non généré	
L'enfant vit :	
<input type="radio"/> Chez ses parents	
<input type="radio"/> En garde alternée	
<input type="radio"/> Principalement chez sa mère	
<input type="radio"/> Principalement chez son père	
<input type="radio"/> Autre : _____	
Langue(s) parlée(s) à la maison	
Votre réponse	
Langue(s) d'enseignement scolaire	
Votre réponse	
Pourriez-vous décrire plus précisément les difficultés de votre enfant qui vous amènent à consulter un(e) orthophoniste ?	
Votre réponse	

Votre enfant présentait-il des difficultés en mathématiques au cours des classes indiquées ?

	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Pas de difficultés	Je ne sais pas
Grande section de maternelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CE1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CE2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CM1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CM2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6ème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5ème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4ème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3ème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre enfant présente-t-il des difficultés dans les domaines mathématiques suivants ?

	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Pas de difficultés	Je ne sais pas
Comptage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opérations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mémorisation par cœur de calculs (additions, multiplications, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Géométrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'un suivi orthophonique ?

Si oui, veuillez apporter le(s) compte(s) rendu(s) de bilan pour le premier rendez-vous avec l'orthophoniste.

- Oui
- Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

Votre réponse _____

Votre enfant est-il actuellement suivi par un :

- Psychomotricien
- Ergothérapeute
- Psychologue
- Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)
- Centre médico-psychologique (CMP)
- Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)
- Autre : _____

Votre enfant a-t-il été suivi auparavant par un :

- Psychomotricien
- Ergothérapeute
- Psychologue
- Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)
- Centre médico-psychologique (CMP)
- Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)
- Autre : _____

Votre enfant a-t-il des frères et/ou des sœurs ? Si oui, veuillez indiquer les prénoms et âges de ces derniers.

Votre réponse _____

Certains membres de la famille de l'enfant présentent-ils des difficultés ?

	Difficultés en langage	Difficultés en lecture / orthographe	Difficultés en mathématiques	Difficultés motrices	Difficultés attentionnelles
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grand-mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grand-père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oncle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cousin(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s) membre(s) de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Certains membres de la famille de l'enfant ont-ils bénéficié d'un ou de plusieurs suivis ?

	Suivi orthophonique	Suivi psychomoteur	Suivi ergothérapeutique	Suivi psychologique	CAMSP	CMP
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grand-mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grand-père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oncle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cousin(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s) membre(s) de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nous allons aborder ci-dessous le développement et les acquisitions de votre enfant.

Pour chaque item, indiquez votre niveau d'accord avec la phrase proposée :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en désaccord, ni d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Je ne sais pas
Le développement langagier (premiers mots, premières phrases, articulation, ...) de votre enfant s'est bien déroulé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le développement moteur (marche, vélo, ...) de votre enfant s'est bien déroulé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'apprentissage de la lecture chez votre enfant s'est bien déroulé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'apprentissage de l'écriture chez votre enfant s'est bien déroulé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'apprentissage des mathématiques chez votre enfant s'est bien déroulé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nous allons désormais aborder les antécédents médicaux de votre enfant.

Voudriez-vous transmettre à l'orthophoniste des informations que vous jugez importantes concernant la grossesse et la naissance de votre enfant ?

Votre réponse _____

Votre enfant présente-t-il :

- Problèmes ORL (baisse de l'audition transitoire, surdité, otites   répétition, ...)
- Problèmes visuels (port de lunettes ou autre)
- Antécédent chirurgical
- Antécédent pouvant avoir un impact neurologique (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, tumeur cérébrale, épilepsie)
- Maladie génétique
- Troubles attentionnels
- Troubles du sommeil
- Troubles alimentaires
- Trouble envahissant du développement
- Autre : _____

Votre enfant a-t-il un traitement médicamenteux ? Si oui, veuillez indiquer le type de traitement.

Votre réponse _____

Nous allons, maintenant, aborder des questionnements sur la scolarité et les activités périscolaires de votre enfant.

Veuillez apporter, pour le premier rendez-vous avec l'orthophoniste, une ou plusieurs évaluations de votre enfant représentative(s) de ses difficultés.

Votre enfant se plaint-il de difficultés en classe ?

Votre réponse _____

La scolarité de votre enfant a-t-elle été interrompue durant une période ? Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

Votre réponse _____

Votre enfant bénéficie d'un aménagement scolaire :

- Programme personnalisé de réussite éducative (PPRE)
- Plan d'accompagnement personnalisé (PAP)
- Projet personnalisé de scolarisation (PPS)
- Accompagnant d'élève en situation de handicap (AESH)
- Ordinateur
- Aucun aménagement pédagogique
- Autre : _____

Votre enfant a-t-il des activités périscolaires ? Si oui, lesquelles et quelle est la durée des activités par semaine ?

Votre réponse _____

Qu'aime faire votre enfant en dehors de l'école ?

- Jouer à des jeux de société
- Jouer à des jeux de construction (briques de type Lego, briquettes en bois, ...)
- Jouer à des jeux vidéo
- Faire des activités manuelles (dessin, collage, bricolage, ...)
- Jouer avec des personnages (poupées, Playmobil, ...)
- Lire
- Regarder des films/séries/vidéos
- Cuisiner
- Jouer en extérieur
- Faire du sport
- Jouer avec d'autres enfants
- Aller se promener
- Autre : _____

Votre enfant se refuse-t-il de faire des activités à cause de ses difficultés ? Si oui, veuillez indiquer lesquelles.

Votre réponse _____

Votre enfant utilise-t-il des écrans ? (télévision, ordinateur, tablette, téléphone)

	1	2	3	4	5	
Jamais	<input type="radio"/>	Très souvent				

Enfin, des phrases vont vous être proposées et vous allez indiquer si ces phrases décrivent ou non votre enfant.

Pour chaque item, indiquez votre niveau d'accord avec la phrase proposée :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en désaccord, ni d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Je ne sais pas
Votre enfant a confiance en lui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre enfant est timide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre enfant est anxieux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre enfant est rêveur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre enfant se met souvent en colère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre enfant comprend et exprime ses émotions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre enfant aime être avec d'autres enfants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre enfant est content d'aller à l'école	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre enfant aime faire des exercices de mathématiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre enfant aime lire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre enfant est conscient de ses difficultés

Votre enfant manifeste son incompréhension quand cela est nécessaire

Pour chaque item, indiquez votre niveau d'accord avec la phrase proposée :

Pas du tout d'accord Pas d'accord Ni en désaccord, ni d'accord D'accord Tout à fait d'accord Je ne sais pas

Votre enfant écrit suffisamment rapidement pour suivre le rythme des enfants de sa classe

Votre enfant écrit des lettres, des chiffres et des mots de manière lisible et précise

Votre enfant s'intéresse et aime participer aux activités sportives ou jeux dynamiques qui nécessitent de bonnes capacités motrices

Votre enfant parvient à prêter attention aux détails

Votre enfant fait des fautes d'étourderie dans ses travaux scolaires

Votre enfant a souvent des difficultés à soutenir son attention dans les tâches ou dans les jeux

Votre enfant a souvent des difficultés à organiser ses tâches ou ses activités

Votre enfant a des oublis fréquents dans les activités de la vie quotidienne

Votre enfant a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs

Votre enfant
laisse souvent
échapper la
réponse à une
question qui
n'est pas
encore
entièrement
posée

Votre enfant
reste assis
pour écouter la
télévision ou
une histoire

Annexe 3 : Présentation des réponses au questionnaire

Les réponses ne peuvent pas être modifiées.

Questionnaire d'anamnèse BCM

Nom de votre enfant
X

Prénom de votre enfant
X

Date de naissance de votre enfant
JJ MM YYYY
01 / 01 / 2013

Classe actuelle de votre enfant
CE2

Nom du médecin prescripteur
X

Genre de votre enfant

Fille
 Garçon
 Non généré

L'enfant vit :

Chez ses parents
 En garde alternée
 Principalement chez sa mère
 Principalement chez son père
 Autre : _____

Langue(s) parlée(s) à la maison
Français _____

Langue(s) d'enseignement scolaire
Français _____

Pourriez-vous décrire plus précisément les difficultés de votre enfant qui vous amènent à consulter un(e) orthophoniste ?
Difficultés en mathématiques _____

Votre enfant présentait-il des difficultés en mathématiques au cours des classes indiquées ?

	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Pas de difficultés	Je ne sais pas
Grande section de maternelle	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CP	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CE1	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CE2	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CM1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CM2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6ème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5ème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4ème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3ème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre enfant présente-t-il des difficultés dans les domaines mathématiques suivants ?

	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Pas de difficultés	Je ne sais pas
Comptage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opérations	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mémorisation par cœur de calculs (additions, multiplications, ...)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Géométrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'un suivi orthophonique ?

Si oui, veuillez apporter le(s) compte(s) rendu(s) de bilan pour le premier rendez-vous avec l'orthophoniste.

- Oui
- Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

Votre enfant est-il actuellement suivi par un :

- Psychomotricien
- Ergothérapeute
- Psychologue
- Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)
- Centre médico-psychologique (CMP)
- Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)
- Autre : _____

Votre enfant a-t-il été suivi auparavant par un :

- Psychomotricien
- Ergothérapeute
- Psychologue
- Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)
- Centre médico-psychologique (CMP)
- Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)
- Autre : _____

Votre enfant a-t-il des frères et/ou des sœurs ? Si oui, veuillez indiquer les prénoms et âges de ces derniers.

Non

Certains membres de la famille de l'enfant présentent-ils des difficultés ?

	Difficultés en langage	Difficultés en lecture / orthographe	Difficultés en mathématiques	Difficultés motrices	Difficultés attentionnelles
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grand-mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grand-père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oncle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cousin(e)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s) membre(s) de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Certains membres de la famille de l'enfant ont-ils bénéficié d'un ou de plusieurs suivis ?

	Suivi orthophonique	Suivi psychomoteur	Suivi ergothérapeutique	Suivi psychologique	CAMSP	CMP	CMPP	Autre
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grand-mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grand-père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Oncle	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Cousin(e)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Autre(s) membre(s) de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nous allons aborder ci-dessous le développement et les acquisitions de votre enfant.

Pour chaque item, indiquez votre niveau d'accord avec la phrase proposée :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en désaccord, ni d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Je ne sais pas
Le développement langagier (premiers mots, premières phrases, articulation, ...) de votre enfant s'est bien déroulé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<p>Le développement moteur (marche, vélo, ...) de votre enfant s'est bien déroulé.</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>L'apprentissage de la lecture chez votre enfant s'est bien déroulé.</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>L'apprentissage de l'écriture chez votre enfant s'est bien déroulé.</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>L'apprentissage des mathématiques chez votre enfant s'est bien déroulé.</p> <p><input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<p>Votre enfant a-t-il un traitement médicamenteux ? Si oui, veuillez indiquer le type de traitement.</p> <p>Non _____</p>
<p>Nous allons désormais aborder les antécédents médicaux de votre enfant.</p>	<p>Nous allons, maintenant, aborder des questionnements sur la scolarité et les activités périscolaires de votre enfant.</p> <p>Veuillez apporter, pour le premier rendez-vous avec l'orthophoniste, une ou plusieurs évaluations de votre enfant représentative(s) de ses difficultés.</p>
<p>Voudriez-vous transmettre à l'orthophoniste des informations que vous jugez importantes concernant la grossesse et la naissance de votre enfant ?</p> <p>RAS _____</p>	<p>Votre enfant se plaint-il de difficultés en classe ?</p> <p>Oui, difficultés en mathématiques. _____</p>
<p>Votre enfant présente-t-il :</p> <p><input type="checkbox"/> Problèmes ORL (baisse de l'audition transitoire, surdité, otites � répétition, ...)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Problèmes visuels (port de lunettes ou autre)</p> <p><input type="checkbox"/> Antécédent chirurgical</p> <p><input type="checkbox"/> Antécédent pouvant avoir un impact neurologique (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, tumeur cérébrale, épilepsie)</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie génétique</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles attentionnels</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles du sommeil</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles alimentaires</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble envahissant du développement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p>	<p>La scolarité de votre enfant a-t-elle été interrompue durant une période ? Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?</p> <p>Non _____</p>
	<p>Votre enfant bénéficie d'un aménagement scolaire :</p> <p><input type="checkbox"/> Programme personnalisé de réussite éducative (PPRE)</p> <p><input type="checkbox"/> Plan d'accompagnement personnalisé (PAP)</p> <p><input type="checkbox"/> Projet personnalisé de scolarisation (PPS)</p> <p><input type="checkbox"/> Accompagnant d'élève en situation de handicap (AESH)</p> <p><input type="checkbox"/> Ordinateur</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Aucun aménagement pédagogique</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p>
	<p>Votre enfant a-t-il des activités périscolaires ? Si oui, lesquelles et quelle est la durée des activités par semaine ?</p> <p>Oui, guitare (1h par semaine) et football (2h par semaine). _____</p>

Qu'aime faire votre enfant en dehors de l'école ?

- Jouer à des jeux de société
- Jouer à des jeux de construction (briques de type Lego, briquettes en bois, ...)
- Jouer à des jeux vidéo
- Faire des activités manuelles (dessin, collage, bricolage, ...)
- Jouer avec des personnages (poupées, Playmobil, ...)
- Lire
- Regarder des films/séries/vidéos
- Cuisiner
- Jouer en extérieur
- Faire du sport
- Jouer avec d'autres enfants
- Aller se promener
- Autre : _____

Votre enfant se refuse-t-il de faire des activités à cause de ses difficultés ? Si oui, veuillez indiquer lesquelles.

Non

Votre enfant utilise-t-il des écrans ? (télévision, ordinateur, tablette, téléphone)

1 2 3 4 5

Jamais Très souvent

Enfin, des phrases vont vous être proposées et vous allez indiquer si ces phrases décrivent ou non votre enfant.

Pour chaque item, indiquez votre niveau d'accord avec la phrase proposée :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en désaccord, ni d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Je ne sais pas
Votre enfant a confiance en lui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre enfant est timide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre enfant est anxieux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre enfant est rêveur	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre enfant se met souvent en colère	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre enfant comprend et exprime ses émotions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre enfant aime être avec d'autres enfants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre enfant est content d'aller à l'école	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre enfant aime faire des exercices de mathématiques	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre enfant aime lire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre enfant est conscient de ses difficultés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre enfant manifeste son incompréhension quand cela est nécessaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pour chaque item, indiquez votre niveau d'accord avec la phrase proposée :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en désaccord, ni d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Je ne sais pas
Votre enfant écrit suffisamment rapidement pour suivre le rythme des enfants de sa classe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre enfant écrit des lettres, des chiffres et des mots de manière lisible et précise

Votre enfant s'intéresse et aime participer aux activités sportives ou jeux dynamiques qui nécessitent de bonnes capacités motrices

Votre enfant parvient à prêter attention aux détails

Votre enfant fait des fautes d'étourderie dans ses travaux scolaires

Votre enfant a souvent des difficultés à soutenir son attention dans les tâches ou dans les jeux

Votre enfant a souvent des difficultés à organiser ses tâches ou ses activités

Votre enfant a des oublis fréquents dans les activités de la vie quotidienne

Votre enfant a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs

Votre enfant laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée

Votre enfant reste assis pour écouter la télévision ou une histoire