

Questionnaire de santé / Health questionnaire

Veillez répondre à toutes les questions SVP. Tous les renseignements que vous fournissez dans ce questionnaire nous aideront largement à connaître les besoins de votre enfant et resteront strictement confidentiels. Please answer all the questions. All information provided in this questionnaire will help us greatly to know the needs of your child and they will remain strictly confidential.

Nom de l'enfant / Child's name : _____

Langue (s) parlée(s) à la maison / Language (s) spoken at home : _____

Famille/Family

Relation parentale / Parental relationship:

- Marié / Married Conjoint de fait / Common-law Séparés / Separated
 Divorcés / Divorced Veuf /Widow Célibataire / single

Autres membres de la famille (incluant les enfants d'une famille recomposée) Other family members (including children of stepfamilies)

Nom / Name : _____ Âge / Age : _____

Nom / Name : _____ Âge / Age : _____

Nom / Name : _____ Âge / Age : _____

Nom / Name : _____ Âge / Age : _____

Histoire familiale / Family History

Est-ce que l'enfant est plus proche d'un des deux parents ? Is the child closer to one of one parent?

- Oui / Yes | Non / No Si oui, lequel ?/ If yes, which one ?
-

Est-ce que votre enfant a déjà vécu une séparation parentale, un divorce, la mort d'un proche, la perte d'emploi d'un proche, un déménagement ou un déploiement militaire ? Has your child experienced a parental separation, divorce, death of a loved one, job loss of a loved one, a move or a military deployment?

- Oui / Yes | Non / No

Si oui, quand ? If yes, when ? _____ Quel âge avait votre enfant à cette époque ? / How old was your child at that time? _____

S'il vous plaît ,décrire les circonstances ? Please , describe the circumstances :

Si les parents sont séparés ou divorcés, qui a la garde primaire de l'enfant ? If the parents are divorced or separated, who has the primary custody of the child :

Combien de fois est-ce que l'autre parent voit l'enfant (horaire spécifique) ? How often does the other parent see the child ? (schedule) ? : _____

Tous les jours / Everyday 1-3 fois/semaine / 1-3 times per week Quelques fois par mois / Few times per month Quelques fois par année / Few times a year Jamais / Never

Santé de l'enfant /Child Health

Y a-t-il eu des difficultés lors du déroulement de la grossesse ou de l'accouchement ? Has there been any difficulties during the course of the pregnancy or during childbirth ?

Oui / Yes | Non / No

Si oui, veuillez préciser / If yes, please specify:

Votre enfant a-t-il déjà présenté les symptômes suivants ? Has your child already presented the following symptoms ?

Rhumes fréquents / frequent colds Asthme / Asthma Soufle au cœur/ Heart mur mur
 Diarrhée fréquente / Frequent diarrhea Constipation / Constipation
 Infections de l'oreille (tubes) / Ear infection (tubes) Maux d'estomac / Stomacache

Votre enfant a-t-il un problème de santé que nous devons connaitre / Does your child has a health issues we need to know?

Oui / Yes | Non / No

Si oui, veuillez préciser / If yes, please specify: _____

S'il y a lieu, nommez le nom des médicaments que prend votre enfant ainsi que la raison du traitement ? / If applicable, please provide the name of the medication your child is taking including the reason for the treatment ?

L'apprentissage de la propreté / Toilet training

S'il y a lieu, à quel stade se situe votre enfant dans son apprentissage de la propreté ?

If applicable, at which stage is your child for toilet training?

Couche / Diapers Partiellement propre / Partially trained Complètement propre / Trained

À quelle fréquence votre enfant va-t-il à la selle ? How often does your child have a bowel movement ?

Régulièrement (1-3 fois/jour) / Regularly (1-3 times a day) Aux deux jours / Every two days Rarement (constipation) / Rarely (constipation)

Habitudes de sommeil / Sleeping habits

Combien d'heures de sommeil votre enfant dort-il durant la nuit ? How many hours does your child sleep at night ? _____

Vers quelle heure votre enfant se couche-t-il le soir ? At what time does your child go to bed at night ? : _____

Votre enfant éprouve-t-il des difficultés à s'endormir ? Does your child have difficulties falling asleep? Oui / Yes Non / No parfois /sometimes

Votre enfant fait-il des siestes durant la journée ? Does your child have naps during the day?

Oui / Yes | Non / No

Si oui, précisez la durée : If yes, please specify the duration : _____

Socialisation/Socialization

Votre enfant a-t-il déjà été confié à des services de garde ou à des groupes de jeux ? Has your child been placed in a daycare setting or play groups before ?

Oui / Yes | Non / No

Si oui, veuillez décrire son expérience et ses interactions avec les autres enfants ainsi qu'avec les éducatrices ? If yes, please describe the experience and interactions with the other children, as well as with the educators ? _____

Santé émotionnelle / Emotional Health

En utilisant l'échelle ci-dessous, comment évaluez-vous l'humeur de votre enfant ces temps-ci ? Using the scale below, how would you assess your child's mood lately ?

1 2 3 4 5

Détendu / relaxed

Très anxieux / very anxious

Veillez décrire le comportement et les habitudes de l'enfant (ex. tempérament, degré d'énergie)
Please describe the behaviour and habits of your child (temperament and level of energy)

Votre enfant manifeste-t-il les comportements suivants ? Does your child present the following behaviour ?

Comportements / behaviour	Oui / Yes	Non / No	Commentaires / Comments
Hyperactivité / Hyperactivity			
Manque d'attention/ Lack of attention			
Désobéissance chronique / Chronic desobedience			
Crises de colère / Excessive anger			
Évitement social / Social avoidance			
Comportement agressif / Aggressive behaviour			
Anxiété / Anxiety			
Peurs/phobias / Fears and phobias			

Comment votre enfant réagit-il aux situations difficiles ? How does your child react to difficult situations?

Bien / Well Pleure / Cries Se replie sur lui-même / Keeps to himself
 Crise de colère / temper tratum Mord / Bites Brise ou lance des objets / Breaks, or throws objects
 Autres / Others :

Comment votre enfant s'adapte-t-il habituellement aux changements ? How does your child usually adapt to changes ?

Facilement / Easily Difficilement / With difficulty
Si difficilement, veuillez préciser / If it's difficult, please describe :

Votre enfant est-il attaché à un objet particulier (ex : toutou, doudou, jouets, etc.) ? Is your child attached to any particular object ? (eg teddy, blanket, toys, etc...) ? Oui / Yes | Non / No

Si oui, veuillez préciser / If yes, please specify : _____

Votre enfant présente-t-il des habitudes particulières (ex : sucer son pouce, balancement, ronger les ongles, etc.) ? Does your child have particular habits (eg. : Thumb sucking, rocking, biting his nails, etc...) ?

Si oui, veuillez préciser / If yes, please specify : _____

Avez-vous des idées ou des trucs particuliers pour faciliter la collaboration de votre enfant ? Do you have any special tips to facilitate your child's collaboration?

Oui / Yes | Non / No

Si oui, veuillez préciser / If yes, please specify ? _____

Avez-vous des informations à ajouter au sujet de votre enfant qui pouvent nous aider à mieux connaître ses besoins ? Do you have any information to add about your child that can help us better understand her/his needs?

Oui / Yes | Non / No

Si oui, veuillez préciser / If yes, please specify _____

Signature : _____ Date : _____