

Indications pour remplir ce formulaire :

Remplir ou cocher le cas échéant ☒

Les réponses à toutes les questions ou à certaines d'entre elles sont facultatives !

Nom de famille de l'enfant	Prénom	Né(e) le	Nationalité	Nombre de frères et sœurs
Langue maternelle (mère)	Langue maternelle (père)	Nombre d'adultes vivant dans le foyer	Séjours en crèche/garderie/école maternelle <input type="text"/> années	
Nom et adresse de la/des personne(s) investie(s) du droit de garde				
Nom(s).....Prénom(s).....Code postal, lieu.....				
Rue.....N° de tél.....				
Déroulement de la grossesse et de l'accouchement				
Poids à la naissance : __ __ __ __ grammes Semaines de grossesse accomplies : __ __ SG <input type="checkbox"/> Naissance multiple				
Développement				
Des retards dans le développement de votre enfant ont-ils déjà été constatés ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Marche autonome jusqu'à 18 mois		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Premiers mots (tels que <i>maman, papa</i>) jusqu'à 18 mois		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Troubles du langage		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
L'enfant est élevé dans plusieurs langues		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Quelles langues parle-t-on chez vous à la maison ?				
<input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Autre(s) langue(s) (laquelle/lesquelles) : _____				
Contact avec la langue allemande <input type="checkbox"/> depuis la naissance <input type="checkbox"/> pas depuis la naissance				
Si contact avec la langue allemande pas depuis la naissance, à partir de quel âge ? __ ans __ __ mois				
Votre enfant est-il <input type="checkbox"/> droitier <input type="checkbox"/> gaucher <input type="checkbox"/> encore indécis				
Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il souffert de l'une des maladies ou de l'un des problèmes de santé suivants ?				
Votre enfant a-t-il déjà été examiné par un ophtalmologiste ?		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
<i>Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes :</i>				
▶ Les pupilles ont-elles été dilatées ?		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
▶ Des troubles de la vision ont-ils été constatés ?		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
↳ <i>Si oui, quel traitement a été effectué ?</i>				
▶ Lunettes		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
▶ Cache sur l'œil/gymnastique oculaire		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
▶ Opération du strabisme		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> prévu
Déficience auditive aiguë de naissance		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
<i>Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes :</i>				
Déficience auditive de naissance		<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droite	<input type="checkbox"/> des deux oreilles
Port d'un appareil auditif		<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droite	<input type="checkbox"/> des deux oreilles
Port d'un implant cochléaire		<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droite	<input type="checkbox"/> des deux oreilles

