

Nom de l'enfant : _____ Sexe : F ____ M ____
Date de naissance : _____ - _____ - _____ Nom de l'école : _____
 année mois jour
Téléphone : _____ (maison) _____ (travail)
Langue(s) parlée(s) à la maison : _____

1. COMPREHENSION DU LANGAGE

- | | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| a) L'enfant comprend-il les demandes longues ou complexes?
(ex. Si tu as fini d'écouter ton émission, éteint la télévision et prends-toi un jeu.) | | |
| b) En conversation, l'enfant répond-il correctement à des questions?
(ex. où, comment, pourquoi) | | |

2. PRODUCTION DES SONS

- | | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| a) Votre enfant est-il compris par des adultes non familiers ? | | |
- b) Selon vous, quels sons sont **difficiles** à prononcer pour votre enfant? Aucun
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> f, v (ex. fille ⇒ sille ou pille, valise ⇒ balise) | <input type="checkbox"/> k, g (ex. cadeau ⇒ tadeau, garçon ⇒ darçon) |
| <input type="checkbox"/> s, z (ex. soupe ⇒ toupe, zoo ⇒ doo) | <input type="checkbox"/> r (ex. robe ⇒ yobe ou lobe, train ⇒ krain) |
| <input type="checkbox"/> ch, j (ex. chat ⇒ sa, jaune ⇒ zaune) | <input type="checkbox"/> sons en fin de mot (ex. pomme ⇒ po) |
| <input type="checkbox"/> l (ex. balai ⇒ bayai, fleur ⇒ fieur) | <input type="checkbox"/> oi, ui (ex. toi ⇒ poi, huit ⇒ houit) |

c) Donnez des exemples de mots qui sont mal prononcés par votre enfant (**facultatif**).

3. PRODUCTION DES PHRASES

- a) Votre enfant s'exprime surtout par (cocher **une** réponse) :
- des mots juxtaposés (ex. Maman dodo malade).
 - des phrases incomplètes ou présentant des erreurs (ex. Maman dort chambre, i malade)
 - des phrases complètes (ex. Maman dort dans la chambre parce qu'elle est malade)

4. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

- a) Votre enfant a-t-il participé aux activités de Parenfant (prématernelle)?

OUI	NON
- b) Votre enfant a-t-il déjà été suivi ou est présentement rencontré en orthophonie ?
(ex.CLSC, InterVal, CRDI, privé)

--	--

Si oui, spécifiez :

Quand : _____

Nom de l'orthophoniste : _____

Durée du suivi : _____

Endroit : _____

- c) Votre enfant a-t-il rencontré d'autres spécialistes?
(ex. ORL, audiologiste, psychologue, neurologue)

OUI	NON

Si oui, spécifiez :

Nom du spécialiste : _____

Profession : _____

Quand : _____

Endroit : _____

5. COMMENTAIRES ET REMARQUES

Aspects particuliers qui ne sont pas mentionnés ou que vous aimeriez préciser.

J'autorise un des membres du personnel du service d'orthophonie à échanger de l'information en lien avec les données de ce formulaire avec l'enseignant(e) de mon enfant dans le but de maximiser l'efficacité des interventions. Oui Non

Signature du parent

Date