

## Anamnèse scolaire (5-12 ans)

Date : \_\_\_\_\_

NOM, prénom (enfant) : \_\_\_\_\_

NOM, prénom (parent 1) : \_\_\_\_\_

# de téléphone (maison) : \_\_\_\_\_ # de téléphone (maison) : \_\_\_\_\_

# de téléphone (travail) : \_\_\_\_\_ # de téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

# de téléphone (cellulaire) : \_\_\_\_\_ # de téléphone (cellulaire) : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_  
No civique, Rue, Ville, Code postal

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

### Motif de consultation

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**En prévision de l'évaluation, merci d'apporter une copie du dernier bulletin, tous les rapports antérieurs en orthophonie ou réalisés par d'autres professionnels, quelques travaux scolaires qui démontrent les difficultés de votre enfant et le dernier plan d'intervention scolaire s'il y en a un.**

**Les questions suivantes visent à dépister de possibles difficultés sur le plan médical / du développement qui pourraient fournir des informations pertinentes pour mieux comprendre la problématique actuelle et pour guider nos recommandations, le cas échéant.**

### Histoire développementale et médicale

À quel âge votre enfant :

S'est-il assis? \_\_\_\_\_

A-t-il été propre de jour / de nuit ? \_\_\_\_\_

A-t-il marché? \_\_\_\_\_

#### **Dans le cas d'un enfant adopté :**

Âge d'adoption? \_\_\_\_\_

Pays d'origine : \_\_\_\_\_

#### **Particularités médicales depuis la naissance**

	Oui	Non	Remarques / dates approximatives
Né à terme (plus de 37 semaines)			
Complications lors de l'accouchement			
Blessures à la tête / commotions			

Otitites / mal d'oreilles récurrents			
Consultation en ORL			Raison :
Audition testée en audiologie			Résultats : Âge approximatif du test:
Pose de tubes transtympaniques (ORL)			Âge approximatif :
Demandes fréquentes de répéter ou inquiétudes quant à l'audition			
Port de lunettes			Problématique :
Examen visuo-perceptivo-moteur (optométrie)			<i>*NB Cet examen n'est pas inclus dans les examens de base et est parfois recommandé dans le cadre de difficultés en lecture.</i>
Prise de médicaments sur une base régulière en lien avec les apprentissages			

### Langage oral et écrit

Veuillez préciser l'âge :

Premiers mots : \_\_\_\_\_

Deux mots de suite (ex. : encore jus) \_\_\_\_\_

Premières phrases \_\_\_\_\_

Présence de babillage Oui  Non

Y a-t-il eu des préoccupations par le passé / avez-vous actuellement des préoccupations en lien avec :

- Des difficultés/un retard dans la production de certains sons (prononciation) ..... Non  Oui
- Le langage oral (compréhension des consignes, du vocabulaire, de l'implicite; développement du vocabulaire, construction des phrases, etc.): ..... Non  Oui
- Le langage écrit (apprentissage de la lecture et de l'écriture, compréhension et production de texte)?  
..... Non  Oui

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

---



---



---

Les difficultés suivantes sont-elles présentes?

- Raconter une histoire ou un évènement de façon structurée : ..... Non  Oui
  - Trouver ses mots ..... Non  Oui
- Ex. : utilisation de mots vagues comme « affaire, choses », mots « sur le bout de la langue »*
- Comprendre les consignes de travail à l'école et/ou à la maison: ..... Non  Oui
  - Ardu d'apprendre le son des lettres, décoder les mots ou les écrire : Non  Oui

En lecture :

- Lui arrive-t-il fréquemment de sauter des lignes/mots? ..... Non  Oui
- La lecture est-elle influencée par la grosseur des lettres ou la police de caractère? ..... Non  Oui
- A-t-il besoin de l'aide de son doigt/d'une règle pour bien suivre? ..... Non  Oui

- Augmentation significative du nombre d'erreurs au fil de la lecture ou de l'écriture : Non  Oui

### Suivis (actuels ou passé)

Votre enfant a-t-il déjà été suivi en **orthophonie**? Non  Oui

Nom de l'orthophoniste et lieu/période du suivi : \_\_\_\_\_

Raison du suivi et résultats : \_\_\_\_\_

Autres suivis	Oui	Non	Raison et résultats / dates approximatives
Psychologie / neuropsychologie			
Ergothérapie			
Dentiste / orthodontiste			
Neurologie (étude du système nerveux)			
Psychiatrie (santé mentale)			

- Trouble de l'attention, avec ou sans hyperactivité (TDA/H) : ..... Non  Oui

- Si non, avez-vous des doutes quant à ses capacités attentionnelles? ..... Non  Oui

- Difficultés en lien avec les fonctions exécutives (diagnostiquées ou non)? ..... Non  Oui

*Ex. : Difficulté à se mettre au travail, manque d'autonomie, peu ou pas de méthodes de travail, difficultés à s'autocorriger, impulsivité, rigidité, etc.*

- Trouble du spectre de l'autisme (TSA)? ..... Non  Oui

- Anxiété (diagnostiquée ou non)? ..... Non  Oui

*Ex. : Perfectionnisme à l'excès, évitement des tâches qui causent un stress, pensées obsédantes, inquiétudes ou peurs constantes, débordements émotionnels fréquents, transitions difficiles, etc.*

- Difficultés motrices (motricité fine ou globale)? ..... Non  Oui

*Ex : Difficulté à découper, à colorier, à tracer ou écrire, mouvements très saccadés, toujours mal assis, manque de tonus, difficulté à sauter/courir/marcher, à monter/descendre les escaliers, difficulté à faire du vélo, difficulté à attacher ses boutons/sa fermeture éclair, etc.*

- Mauvaises habitudes orofaciales? ..... Non  Oui

*Ex. : Succion du pouce, respiration buccale nuit et/ou jour, besoin de mordiller de porter des objets à sa bouche, ronger les ongles, difficultés à se moucher, etc.*

- Particularités sur le plan de l'alimentation. .... Non  Oui

*Ex. : La boîte à lunch revient toujours pleine, les collations ou le repas ne sont mangés que partiellement, très difficile dans ses goûts, se salit souvent en mangeant, mastique la bouche ouverte, manque de contrôle de la salive, etc.*

- Particularité en lien avec le sommeil. .... Non  Oui

*Ex. : Ronflement, apnée, insomnie, fatigue chronique, irritabilité, sentiment de somnolence, etc.*

Heure du coucher : \_\_\_\_\_ Heure du lever : \_\_\_\_\_ Qualité du sommeil : \_\_\_\_\_

Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions précédentes, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

### Histoire familiale et sociale

Situation familiale       famille nucléaire       famille reconstituée       famille monoparentale  
 autre

Langue(s) parlée(s) à la maison : \_\_\_\_\_

#### Frères et sœurs

Nom	Âge	Nom	Âge

Entente avec la fratrie/comportement à la maison : \_\_\_\_\_

### Présence d'antécédents familiaux (difficultés présentes chez les membres de la famille proche ou éloignée)

	Oui	Non	Répondez au meilleur de vos connaissances
Difficultés/trouble de langage			
Bégaiement			
Difficultés scolaires			
Dyslexie / dysorthographe			
Déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité			
Trouble du spectre de l'autisme			
Autres :			

Quelles sont les plus grandes forces de votre enfant? \_\_\_\_\_

---

Quels sont ses loisirs? À quelle fréquence? \_\_\_\_\_

Difficulté à se faire ou à garder des amis? ..... Non  Oui

Conflits fréquents à l'école? ..... Non  Oui

Tendance à s'isoler à l'école ou à la maison? ..... Non  Oui

Habitudes (ex. : tics, manies faciales ou respiratoires, etc.) ou comportements qui vous inquiètent ? ..... Non  Oui

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

**Histoire scolaire**

Nom (de l'/des) école(s) fréquentées depuis la maternelle : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Reprise d'année scolaire?..... Non  Oui  Si oui, veuillez préciser laquelle : \_\_\_\_\_
- Plan d'intervention scolaire en place?..... Non  Oui  Si oui, veuillez indiquer les mesures d'aide aux apprentissages/mesures d'adaptation en place **ou apporter une copie du plan d'intervention scolaire.**

Quelle aide scolaire votre enfant a-t-il reçue ou reçoit-il encore (orthopédagogie, aide aux devoirs, etc.)? Merci d'indiquer l'année entre parenthèses.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ATTENTES PAR RAPPORT AUX SERVICES EN ORTHOPHONIE ET AUTRES RENSEIGNEMENTS QUI POURRAIENT NOUS AIDER À MIEUX COMPRENDRE VOTRE ENFANT :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du parent  
Date : \_\_\_\_\_