

## Questionnaire de vie quotidienne à remplir par les parents

### Conditions de vie et Famille

**Hôpital Raymond-Poincaré AP-HP**  
104 Bd Raymond Poincaré  
92380 GARCHES

Parents vivants dans le même foyer :  
Prénom et âge des frères et sœurs :

DMU Santé de l'Enfant et de  
l'adolescent  
Service de Neurologie Pédiatrique  
et Réanimation

Langue(s) parlée(s) à la maison :

Évènements familiaux ou pathologies qui auraient impacté la vie de  
l'enfant :

**Unité fonctionnelle Centre  
Réfèrent des Troubles du  
Langage et des Apprentissages**

**Responsable d'UF :**  
Dr Emilie Schlumberger - PH

### Alimentation

Votre enfant s'alimente-t-il facilement ?  
Si non, préciser :

**Responsable Hôpital de Jour de  
rééducation :**  
Dr Lucie Narcy - PHC

### Sommeil

A quelle heure votre enfant se couche-t-il habituellement en semaine ?

**Secrétariat Consultation :**  
Estelle Etolint

**Infirmière coordinatrice de la  
Consultation :**  
Maryline Barbé

Préciser si cauchemars, réveils nocturnes, transpiration, ronflement,  
fatigue au réveil le matin, dort dans le lit des parents... :

Demande de 1<sup>ère</sup> consultation  
**uniquement** sur mon.aphp.fr

#### **Renseignements**

Estelle Etolint  
01 47 10 44 37  
du lundi au vendredi de 13.30 à 16.00

### Profil sensoriel

A-t-il des réactions exagérées aux bruits, odeurs, lumières, contact ou  
textures :

Préciser :

### Profil moteur

A-t-il des difficultés dans les habiletés motrices globales (marcher, sauter,  
faire du vélo...) ?

Des difficultés dans les habiletés motrices fines (boutonner, lacer, découper, dessiner, avec les couverts) ?  
Dans les jeux de balle ou d'équilibre ?  
Préciser :

Est-il autonome en vie quotidienne ?  
Peut-il proposer de petites initiatives ?  
S'organiser ?  
Se repère-t-il dans l'espace, dans le temps ?  
Préciser :

### Profil émotionnel

Est-il souvent angoissé ?  
Préciser :

Exprime-t-il de la tristesse ?

Est-il contrarié à l'excès par des changements dans sa routine ou ses habitudes ?

Se dévalorise-t-il (*je suis nul*) ?

Préciser :

### **Vie Relationnelle**

A-t-il tendance à s'isoler (en classe et/ou à la maison) ?

Préciser :

A-t-il du mal à se faire des copains et à les garder ?

Préciser :

Est-il ou a-t-il été victime de moqueries, humiliations ou harcèlement à l'école ?

Préciser :

### **Loisirs**

Temps quotidien en heures passé devant :

La télévision

Les jeux vidéo

L'ordinateur

Le téléphone

Une tablette

Total hebdomadaire :

Savez-vous ce qu'il regarde et en parlez-vous avec lui ?

Activité extrascolaire pratiquée :

Temps quotidien moyen passé dans les activités d'extérieur :

Le comportement de votre enfant vous met-il en difficulté ?

Si oui, de quelle façon, et est-ce la plupart du temps ?

Qui l'aide pour ses **devoirs et leçons** ?

Combien de temps prend-il pour ses devoirs et leçons ?

Ressentez-vous un **comportement général** gênant la vie quotidienne :

Difficulté de concentration

Impulsivité

Agitation motrice

Avez-vous des **demandes ou des inquiétudes particulières** concernant votre enfant ?