

# Entrée au préscolaire 2019-2020

 Commission scolaire des  
**PREMIÈRES-SEIGNEURIES**  
*Inspirer pour devenir*

# Portrait de mon enfant

Document à compléter par le parent  
et à retourner à l'école de bassin.

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

École de bassin : \_\_\_\_\_

Pour trouver votre école de bassin,  
consultez le [www.csdps.qc.ca](http://www.csdps.qc.ca)





## Identification



Nous aurons la chance d'accueillir votre enfant au préscolaire l'an prochain. Afin de mieux le connaître, nous vous remercions de remplir ce document.

Combien y a-t-il d'enfants dans votre famille?	
Quel est son rang dans la fratrie?	
Votre enfant vit avec :	
_____	_____
Nom complet	Lien avec l'enfant
_____	_____
Nom complet	Lien avec l'enfant
Votre enfant vit-il en garde partagée ?      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Langue(s) parlée(s) à la maison :	Français <input type="checkbox"/>
	Anglais <input type="checkbox"/>
	Autre : _____



## Ses intérêts

Quel est intérêt de votre enfant par rapport :



	- (faible)	± (modéré)	+ (élevé)
Aux activités sportives			
Au bricolage			
Aux jeux extérieurs			
Aux jeux de faire semblant			
Au dessin			
À la musique			
À la danse			
Aux livres			
Aux jeux électroniques			
Aux casse-têtes			
Aux jeux de construction (blocs)			
Aux jeux de société			

Spécifiez d'autres activités particulièrement aimées :




## Son développement

Autonomie	Toujours	La plupart du temps	Parfois	Rarement ou jamais
S'habille et se déshabille seul				
S'essuie à la toilette				
Range ses jouets				

Comportement et relations avec les autres	Toujours	La plupart du temps	Parfois	Rarement ou jamais
Entre facilement en contact avec l'adulte, autre que son parent				
Entre facilement en contact avec les autres enfants				
Exprime et contrôle adéquatement ses émotions (ex. : capable de supporter les petites frustrations)				
Est capable d'attendre son tour, de patienter				
Initie adéquatement les contacts avec les amis				
Respecte les demandes de l'adulte				
Est capable de rester concentré sur une activité (excluant les jeux vidéo et la télévision)				
S'adapte facilement aux changements, aux imprévus, aux nouveautés				
Démontre de l'enthousiasme par rapport à l'entrée à l'école				
Se montre curieux face au monde qui l'entoure				



## Son développement

Langage	Toujours	La plupart du temps	Parfois	Rarement ou jamais
Est capable d'entretenir une petite conversation				
Est compris par des personnes autres que ses parents				
A le goût de communiquer				
Comprend généralement bien ce qu'on lui dit ou demande				
Est capable d'expliquer, de raconter un événement				
Exprime facilement ses besoins				

Motricité	Toujours	La plupart du temps	Parfois	Rarement ou jamais
Démontre des habiletés de coordination et d'équilibre (ex. : courir, grimper, sauter)				
Colorie, découpe, bricole avec une certaine aisance				

**Décrivez brièvement la personnalité de votre enfant :**




<b>Votre enfant a-t-il eu l'occasion :</b>	<b>Souvent</b>	<b>Parfois</b>	<b>Rarement</b>
De jouer avec d'autres enfants de votre quartier?			

<b>Votre enfant a-t-il fréquenté:</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Le programme Passe-Partout?		
Un ou des Centres de la petite enfance (CPE)? Si oui, lequel? _____		
Un service de garde en milieu familial?		
D'autres enfants dans un contexte de participation à des activités de loisirs ou communautaires (natation, terrain de jeux, halte-garderie, etc.)?		
Autres :		

<b>Santé</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Votre enfant a-t-il déjà été vu par un : Optométriste/ophtalmologiste? Audiologiste? Si oui, spécifiez :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Allergie(s) (spécifiez : _____) Avec épipen <input type="checkbox"/> Sans épipen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficit de l'attention Sans hyperactivité <input type="checkbox"/> Avec hyperactivité <input type="checkbox"/> Prend-t-il une médication? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre problème de santé important à nous communiquer? Si oui, spécifiez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Développement/services professionnels

Particularité(s) importante(s) dans son développement à nous communiquer?

Si oui, spécifiez :

Votre enfant reçoit-il **présentement** des services professionnels en :

Orthophonie :	Endroit	Intervenant(e)

Ergothérapie :	Endroit	Intervenant(e)

Physiothérapie :	Endroit	Intervenant(e)

Psychologie :	Endroit	Intervenant(e)

Autre(s) service(s) (ex. : CLSC) Spécifiez :	Endroit	Intervenant(e)

Votre enfant a-t-il déjà reçu **antérieurement** des services professionnels?

Si oui, spécifiez :

\_\_\_\_\_  
Signature de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_  
Date

**Ce document doit être retourné à l'école de bassin.**

**Merci de votre précieuse  
collaboration**