

## QUESTIONNAIRE DE RÉFÉRENCES SCOLAIRES

(À COMPLÉTER PAR UN OU UNE ENSEIGNANTE)

*\*Veuillez faire compléter un questionnaire pour chaque enfant, le cas échéant.*

### IDENTIFICATION

PARENT (S) : \_\_\_\_\_  
NOM (S), PRÉNOM (S)

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

DEGRÉ SCOLAIRE : \_\_\_\_\_

### QUESTIONNAIRE

1- DEPUIS COMBIEN DE TEMPS CONNAISSEZ-VOUS L'ENFANT DE CETTE FAMILLE ?

\_\_\_\_\_

2- AVEZ-VOUS DÉJÀ RENCONTRÉ LE OU LES PARENTS ? **SI OUI**, DANS QUELLE CIRCONSTANCE ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3- L'ENFANT DE CETTE FAMILLE PRÉSENTE-T-IL DES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT À L'ÉCOLE ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4- EN GÉNÉRAL, QUEL EST LE COMPORTEMENT DE CET ENFANT ? (COCHEZ TOUTES LES CASES APPROPRIÉES)

SOCIABLE  ISOLÉ

CALME  AGITÉ

RESPECTUEUX DE L'AUTORITÉ  RESPECTUEUX DE SES PAIRS

AUTRE : \_\_\_\_\_

5- L'ENFANT DE CETTE FAMILLE PRÉSENTE-T-IL DES DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGE SCOLAIRE ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6- QUELLES SONT VOS OBSERVATIONS CONCERNANT L'ENFANT SUR LES CRITÈRES SUIVANTS ?

HYGIÈNE PERSONNELLE : \_\_\_\_\_

TENUE VESTIMENTAIRE : \_\_\_\_\_

SOMMEIL : \_\_\_\_\_

ALIMENTATION : \_\_\_\_\_

7- EST-CE QUE LE SUIVI SCOLAIRE DEMANDÉ EST EFFECTUÉ PAR LE(S) PARENT(S) DE FAÇON ADÉQUATE ?

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

8- QUELLE EST LA COLLABORATION DU(DES) PARENT(S) AVEC VOUS ?

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

9- S'IL Y A LIEU, QUELLE EST LA COLLABORATION DU (DES) PARENT(S) AVEC LES AUTRES INTERVENANTS DU MILIEU SCOLAIRE (SERVICE DE GARDE, SPÉCIALISTES, DIRECTION) ?

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

10- CROYEZ-VOUS QU'UNE PERSONNE CONFIÉE À CETTE FAMILLE PAR NOTRE ÉTABLISSEMENT RECEVRAIT DES SERVICES ADÉQUATS ?

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

**AUTRES COMMENTAIRES (S'IL Y A LIEU) :**

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

NOM DE L'ÉCOLE : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

NOM ET PRÉNOM DE L'ENSEIGNANT(E) : \_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

AAAA-MM-JJ