

Indications pour remplir ce formulaire :

Remplir ou cocher le cas échéant ☒ Les réponses à toutes les questions ou à certaines d'entre elles sont facultatives !

Nom de famille de l'enfant	Prénom	Né(e) le	Nationalité	Nombre de frères et sœurs
Langue maternelle (mère)	Langue maternelle (père)	Nombre d'adultes vivant dans le foyer	Séjours en crèche/garderie/école maternelle <input type="text"/> années	
Nom et adresse de la/des personne(s) investie(s) du droit de garde Nom(s).....Prénom(s).....Code postal, lieu..... Rue.....N° de tél.....				
<b>Déroulement de la grossesse et de l'accouchement</b>				
Poids à la naissance :  _ _ _ _  grammes Semaines de grossesse accomplies :  _ _  SG <input type="checkbox"/> Naissance multiple				
<b>Développement</b>				
Des retards dans le développement de votre enfant ont-ils déjà été constatés ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Marche autonome jusqu'à 18 mois		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Premiers mots (tels que maman, papa) jusqu'à 18 mois		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Troubles du langage		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
L'enfant est élevé dans plusieurs langues		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
<b>Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il souffert de l'une des maladies ou de l'un des problèmes de santé suivants ?</b>				
Troubles de la vision <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Traitement du strabisme <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Porteur de lunettes <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui				
Troubles auditifs sévères <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui				
Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes :				
<input type="checkbox"/> Troubles auditifs sévères innés	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droite		
<input type="checkbox"/> Troubles auditifs acquis durables	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droite		
<input type="checkbox"/> Appareil auditif depuis	gauche .....mois/année	droite .....mois/année		
<input type="checkbox"/> Implant de la cochlée depuis	gauche .....mois/année	droite .....mois/année		
Troubles du métabolisme/hormonaux innés : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (lesquels ?) : .....				
Autres maladies chroniques : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (lesquels ?) : .....				
Handicap sévère : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (lesquels ?) : .....				
Médicaments à prendre régulièrement : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (lesquels ?) : .....				
Avez-vous connaissance de maladies chez votre enfant qui nécessitent certaines démarches en cas d'urgence (p. ex. allergies, épilepsie, entre autres) ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui				
Si oui, lesquelles ? .....				
<b>Votre enfant a-t-il déjà bénéficié de mesures de soutien ou de traitements ?</b>				
Participation au cours d'initiation à l'allemand	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		
Orthophonie (logopédie)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> terminé	<input type="checkbox"/> en cours	<input type="checkbox"/> prévu
Intégration précoce/ pédagogie curative/ergothérapie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> terminé	<input type="checkbox"/> en cours	<input type="checkbox"/> prévu
Physiothérapie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> terminé	<input type="checkbox"/> en cours	<input type="checkbox"/> prévu
Traitement psychologique	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> terminé	<input type="checkbox"/> en cours	<input type="checkbox"/> prévu
Pédiatre/Médecin de famille : .....				

.....  
Lieu, date

.....  
Signature de la/des personne(s) investie(s) de la garde de l'enfant