

Questionnaire pour un enfant ou un jeune de - 18 ans

Cocher la case si vous êtes concerné par la question

Renvoyer le questionnaire rempli à l'adresse mail suivante : cmora@cabinet-orthophonie.fr



NOM : ----- Prénom : ----- Date de naissance : -----

Sexe : ----- Classe : -----

Courriel : ----- @ -----

Votre enfant a-t-il des difficultés en langage oral ?

Est-ce qu'il a un trouble de la compréhension orale ?

Est-ce qu'il a un trouble de l'articulation des mots, des sons ?

Est-ce qu'il a un bégaiement ?

Votre enfant a-t-il des difficultés en langage écrit ?

Des difficultés à lire ?

Des difficultés à écrire ?

Des difficultés dans le graphisme c'est-à-dire à réaliser les lettres ou les chiffres ?

Votre enfant a-t-il des difficultés en mathématiques ?

Votre enfant porte-t-il des lunettes ?

Si oui, depuis quand ? _____

Quel est la date du dernier bilan ophtalmologique ? / /

Votre enfant a-t-il eu souvent des otites ?

Quelle est la date du dernier bilan ORL et audiogramme ? / /

Votre enfant a-t-il un bon sommeil ?

Fait-il des cauchemars ?

Mange-t-il une alimentation variée ?

Votre enfant a-t-il des troubles de la déglutition ?

A-t-il une déformation dentaire ? (Dents en avant, dents mal positionnées...)

Est-il suivi par un orthodontiste ?

Questionnaire pour un enfant ou un jeune de - 18 ans



Cocher la case si vous êtes concerné par la question

Renvoyer le questionnaire rempli à l'adresse mail suivante : cmora@cabinet-orthophonie.fr

A-t-il un appareil amovible ou des bagues ?

Votre enfant est-il porteur d'une mal formation au niveau de la bouche, du palais (fente labio-palatine, opération du frein de langue ...) ?

Votre enfant a-t-il sucé le pouce ?

Si oui, quand a-t-il cessé ? _____

Votre enfant a-t-il eu une tétine ?

Si oui, quand a-t-il arrêté ? _____

Votre enfant a-t-il déjà eu des séances d'orthophonie ?

Si oui, pour quelles raisons ? _____

Votre enfant a-t-il déjà été suivi par un spécialiste

Si oui lequel ? et pour quelles raisons ? _____

Votre enfant est-il porteur d'un handicap

(Un syndrome autistique, un retard cognitif, une maladie orpheline ...)

Si oui lequel ? _____

Votre enfant a-t-il eu des examens pour établir un handicap ?

Votre enfant est-il né prématurément ?

Si oui à combien de semaines est-il né ? _____

A-t-il eu besoin de soins particuliers ? (Couveuse, réanimation...)

Quand vous êtes-vous aperçu de ses difficultés ? _____

Y-a-t-il eu un ou des évènements déclencheurs ?

Si oui le ou lesquels ? _____



Questionnaire pour un enfant ou un jeune de - 18 ans



Cocher la case si vous êtes concerné par la question

Renvoyer le questionnaire rempli à l'adresse mail suivante : cmora@cabinet-orthophonie.fr

Qui vous a conseillé de consulter un orthophoniste ?

Remarques particulières :

Date : _____