

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 :  _ _ _ _  gr 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						
Troubles du langage <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			L'enfant est élevé dans plusieurs Langues <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Contact avec la langue allemande <input type="checkbox"/> depuis la naissance <input type="checkbox"/> pas depuis la naissance Si contact avec la langue allemande pas depuis la naissance, à partir de quel âge ?  _  ans  _ _  mois						
Votre enfant est-il <input type="checkbox"/> droitier <input type="checkbox"/> gaucher <input type="checkbox"/> encore indécis						
<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 ?) :						
<input type="checkbox"/> Déficit en MCAD <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie <input type="checkbox"/> Phénylcétonurie <input type="checkbox"/> HCS <input type="checkbox"/> Mucoviscidose <input type="checkbox"/> Diabète (type 1) <input type="checkbox"/> Diabète (type 2)						
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				
Pédiatre/Médecin de famille : .....						

.....  
Lieu, date

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