

Questionnaire parental pour les évaluations orthophoniques

Parent Questionnaire for Speech-Language Evaluations (French)

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de remplir ce formulaire. En moyenne, il faut prévoir 8 minutes pour remplir le document. (Thank you for taking the time to fill this out. On average this form takes 8 minutes to complete.)

Nom de l'étudiant:

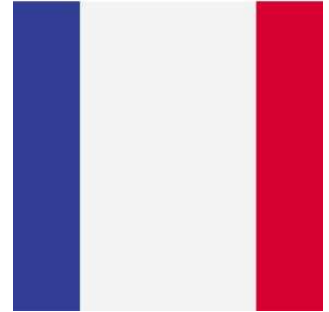
(Student Name)

Formulaire complété par:

(Form Completed by)

Date à laquelle le formulaire a été rempli:

(Date Form Completed)



Quels sont, selon vous, les dons ou les points forts de votre enfant?

(What do you see as your child's gifts or greatest strengths?)

Quelles sont les activités qui amusent votre enfant?

(What activities does your child enjoy?)

Quelles activités aimez-vous faire en famille?

(What activities does your family like to do together?)

Avec qui votre enfant habite-t-il?

(Who does your child live with?)

| Nom (Name) | Lien (Relation) | Âge (Age) |
|------------|-----------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Votre enfant passe-t-il beaucoup de temps dans un second domicile (gardienne, grands-parents) ?

(Does your child spend a significant amount of time in a second household? (babysitter, grandparents?)

Oui (YES) ____ Non (NO) ____

Si oui, Où votre enfant passe-t-il ce temps ? (If YES, where does the child spend this time?)

Maison de l'autre parent (Other parent's house)
house)

La maison des grands-parents (Grandparents)

La maison de la gardienne (Babysitter's house)

Autre: (Other) _____ :

Questionnaire parental pour les évaluations orthophoniques

Parent Questionnaire for Speech-Language Evaluations (French)

Qui y habite?(Who lives there?)

| Nom (Name) | Lien (Relation) |
|------------|-----------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Est-ce que votre enfant parle une langue autre que l'anglais?

(Does your child speak a language other than English?)

Oui (YES)____ Non (NO) _____

Quelle est la langue principale parlée à la maison? (cochez toutes les réponses correspondantes)

(What is the primary language spoken in the home?)

Anglais (English) Espagnol (Spanish) Mandarin (Mandarin) Vietnamien (Vietnamese)

Autre (Other): _____

Parle: A titre indicatif, quel pourcentage du temps votre enfant parle-t-il l'anglais ?

(Speaking: What percentage of the time does the child **speak English**?)*

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| Après l'école (After School) | 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| Soirée / nuit (Evenings/Nights) | 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| Fins de semaine (Weekends) | 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |

Écoute: A titre indicatif, quel pourcentage du temps votre enfant entend-il l'anglais ?

(Listening: What percentage of the time does the child **hear English**?)*

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| Après l'école (After School) | 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| Soirée / nuit (Evenings/Nights) | 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| Fins de semaine (Weekends) | 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |

*Los porcentajes de la otra idioma están basados en el reportaje de inglés (70% inglés = 30% español).

(Pourcentages d'autres langues calculés sur la base de l'anglais déclaré (e.g., 70% English = 30% Spanish))

Questionnaire parental pour les évaluations orthophoniques

Parent Questionnaire for Speech-Language Evaluations (French)

Où est né votre enfant ? (Where was your child born?) É.-U. (U.S.)

Autre(Other): _____ À quel âge votre enfant est-il arrivé aux États-Unis? _____

(How old was your child when they arrived?)

Y a-t-il eu des événements marquants dans la vie de votre enfant au cours des trois dernières années ? (par exemple, un décès dans la famille, un divorce, un nouveau frère ou une nouvelle sœur, un déménagement)

(Have there been any significant changes in your child's life over the past three years?)

Oui (YES)____ Non (NO) _____

Si oui, veuillez expliquer (If yes, please explain):

Antécédents médicaux (Medical History)

Y a-t-il eu des complications pendant la grossesse? (Were there any complications during pregnancy?)

Oui (YES)____ Non (NO) _____

Si oui, veuillez expliquer (If yes, please explain):

Votre enfant a-t-il souffert de maladies graves, d'accidents ou d'hospitalisations (fièvre élevée, traumatisme crânien, intervention chirurgicale) ? (Has your child had any serious illnesses, accidents, or hospitalizations?)

Oui (YES)____ Non (NO) _____

Si oui, veuillez expliquer (If yes, please explain):

Votre enfant a-t-il déjà participé à une thérapie ou à une intervention précoce? (Has your child ever had therapy or early childhood intervention?)

Orthophonie (Speech therapy)

Aucun (None)

Ergothérapie (Occupational therapy)

Physiothérapie (Physical therapy)

Intervention précoce à la petite enfance (Early Childhood Intervention)

Autre (Other): _____

Intervention en déglutition et/ ou alimentation (Feeding Therapy)

S'ils ont bénéficié de services, veuillez préciser. (If they received services, tell us more):

Votre enfant a-t-il des diagnostics médicaux? Si oui, veuillez préciser. (Does your child have any medical diagnoses?)

Oui (YES)____ Non (NO) _____

Si oui, veuillez expliquer (If yes, please explain):

Votre enfant a-t-il eu des otites? (Has your child had ear infections?) Oui (YES)____ Non (NO) _____

Si oui, combien d'otites environ ? (If yes, approximately how many ear infections?) _____ Et à quel(s)

âge(s) ont-ils eu des otites ?(and at what age(s)?) _____

Est-ce que votre enfant subit une myringotomie avec insertion de tubes? (Were Pressure

Equalization tubes ("PE tubes") placed in the ears?)

Oui (YES)____ Non (NO) _____ Si oui, Date d'insertion des tubes: (If yes, date of PE tubes): _____

Votre enfant prend-il actuellement des médicaments? (Is your child currently taking any medications?)

Oui (YES)____ Non (NO) _____ Si oui, indiquez le nom et la raison de chaque médicament. (If YES, list the name and reason for each medication):

Questionnaire parental pour les évaluations orthophoniques

Parent Questionnaire for Speech-Language Evaluations (French)

Avez-vous des inquiétudes concernant les habiletés motrices de votre enfant, telles que courir, marcher, dessiner ou découper ? (Do you have any concerns about your child's physical abilities, such as running, walking, drawing, or using scissors?)

Oui (YES)____ Non (NO) _____

Si oui, veuillez expliquer (If yes, please explain):

PRÉOCCUPATIONS ACADÉMIQUES

(ACADEMIC CONCERNS)

Avez-vous des inquiétudes concernant le rendement scolaire de votre enfant?

(Do you have any concerns about your child's academic performance?)

Oui (YES)____ Non (NO) _____

Si oui, veuillez expliquer (If yes, please explain):

FONCTIONNEMENT INTELLECTUEL ET COMPORTEMENTS ADAPTIFS (SOINS PERSONNELS OU AUTONOMIE) (INTELLIGENCE AND ADAPTIVE BEHAVIOR (SELF-CARE))

Comment évaluez-vous votre enfant dans les domaines suivants ? (How would you rate your child in the following areas?)

| | Inférieur à l'âge de l'autre enfant (Below other children the same age) | Similaire à l'âge de l'autre enfant (Similar to other children the same age) | S/O (sans objet) |
|---|--|---|---------------------|
| Se rappeler des tâches que vous lui demandez de réaliser (Remembering things you ask them to do) | | | |
| Faire preuve d'organisation dans l'accomplissement des tâches (Exhibiting organization in accomplishing tasks) | | | |
| Se concentrer pendant les activités (Focusing during activities) | | | |
| S'habiller de façon autonome (Getting dressed independently) | | | |
| Prendre soin des objets personnels (Taking care of personal items). | | | |

Souhaitez-vous ajouter autre chose? (Is there anything else you want to add?) Oui (YES)____ Non (NO) _____

Si oui, veuillez expliquer (If yes, please explain):

COMMUNICATION (COMMUNICATION)

Avez-vous des inquiétudes quant à la façon dont votre enfant communique ? (Do you have concerns about the way your child communicates?)

Oui (YES)____ Non (NO) _____

Si oui, sélectionner les préoccupations appropriées. Mon enfant: (If yes, select appropriate concerns. My child:)

- est difficile à comprendre lorsqu'il ou elle parle (Is difficult to understand when he speaks)
- Ne combine pas les mots efficacement comme les autres enfants du même âge. (Does not put words together appropriately like others the same age)
- éprouve des difficultés à comprendre les autres (Has difficulty understanding others)
- répète des sons, des mots ou des phrases (bégaiement) (Repeats sounds, words, or phrases (stutters))
- Autre: Veuillez préciser toute autre inquiétude quant à la façon dont votre enfant communique à la maison. (Other: Please explain any other concerns about how your child communicates at home):

Questionnaire parental pour les évaluations orthophoniques

Parent Questionnaire for Speech-Language Evaluations (French)

Votre enfant comprend-il ce que les autres disent la plupart du temps ? (Does your child understand what other people say most of the time?)

Oui (YES) _____ Non (NO) _____

Dans quelle mesure le discours de votre enfant est-il compris par **les membres de la famille**? (How much of the child's speech is understood by **family members**?)

- 100% - Tout (Everything)
- 75% - La plupart (Most)
- 50% - Certains (Some)
- 25% - Très peu (Very Little)
- 0% - Aucun (None)

Dans quelle mesure le discours de votre enfant est-il compris par **des étrangers**? (How much of your child's speech is understood by **strangers or unfamiliar people**?)

- 100% - Tout (Everything)
- 75% - La plupart (Most)
- 50% - Certains (Some)
- 25% - Très peu (Very Little)
- 0% - Aucun (None)

Votre enfant bégaye-t-il, reste-t-il bloqué sur des mots, répète-t-il des mots ou recommence-t-il des phrases?

(Does your child stutter, get stuck on words, repeat words, or restart sentences?)

Oui (YES) _____ Non (NO) _____ Si oui, à quelle fréquence cela se produit-il? (If yes, how often does this occur?)

Y a-t-il des antécédents familiaux de difficultés de communication? (Did anyone in your family have difficulty communicating when they were young)

Oui (YES) _____ Non (NO) _____ Si oui, qui? (If yes, who?)

Décrivez le comportement de votre enfant à la maison: (Describe your child's behavior at home):

- Facile à vivre (Easy going)
- Actif (Active)
- Bon comportement (Well Behaved)
- Facilement contrarié (Easily Upset)
- Autre (Other): _____

Comment votre enfant interagit-il avec les autres enfants ? (How does your child interact with other children?)

- Joue avec d'autres enfants (Plays together with other children)
- Regarde les autres enfants jouer (Watches other children play)
- Evite de jouer avec les autres enfants (Avoids playing with other children)
- Dirige les autres enfants dans le jeu (Leads other children in play)
- Autre (Other): _____

Avez-vous des inquiétudes ou souhaitez-vous communiquer d'autres informations? Nous vous remercions!

Do you have any other concerns or any additional information you would like to share? Thank you!