



Institut national  
de la santé et de la recherche médicale



# Auto-questionnaire EDEN

## 5 ans

## Enfant





**Nom de la mère :** ..... **Prénom de la mère :** .....

**Nom de jeune fille de la mère :** .....

**Nom de l'enfant :** ..... **Prénom de l'enfant :** .....

**Date de naissance de l'enfant :** |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|





Date de remplissage (jj/mm/aa)      |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|

|\_|\_|\_|

## La croissance de votre enfant depuis l'âge de 4 ans

Merci de reporter les mesures du poids, de la taille et du périmètre crânien de votre enfant qui ont été notées dans son carnet de santé depuis l'âge de 4 ans (si plus de 2 mesures ont été notées, choisir la dernière mesure de chaque semestre)

|                       |                        |                     |   |         |
|-----------------------|------------------------|---------------------|---|---------|
| <u>Mesure 1 :</u>     | date (jj/mm/aa)        | _ _     _ _     _ _ | 1 | _ _ _   |
|                       | poids (kg)             | _ _ , _             | 2 | _ _ , _ |
|                       | taille (cm)            | _ _ , _             | 3 | _ _ , _ |
|                       | périmètre crânien (cm) | _ _ , _             | 4 | _ _ , _ |
| <br><u>Mesure 2 :</u> | date (jj/mm/aa)        | _ _     _ _     _ _ | 5 | _ _ _   |
|                       | poids (kg)             | _ _ , _             | 6 | _ _ , _ |
|                       | taille (cm)            | _ _ , _             | 7 | _ _ , _ |
|                       | périmètre crânien (cm) | _ _ , _             | 8 | _ _ , _ |

**Si vous n'avez pas rempli tous les questionnaires précédents, pouvez-vous retrouver dans le carnet de santé, des mesures de votre enfant**

|                              |                        |                     |    |         |
|------------------------------|------------------------|---------------------|----|---------|
| - vers l'âge de 3 mois :     | date (jj/mm/aa)        | _ _     _ _     _ _ | 9  | _ _ _   |
|                              | poids (grammes)        | _ _ _               | 10 | _ _ _   |
|                              | taille (cm)            | _ _ , _             | 11 | _ _ , _ |
|                              | périmètre crânien (cm) | _ _ , _             | 12 | _ _ , _ |
| <br>- vers l'âge de 6 mois : | date (jj/mm/aa)        | _ _     _ _     _ _ | 13 | _ _ _   |
|                              | poids (grammes)        | _ _ _               | 14 | _ _ _   |
|                              | taille (cm)            | _ _ , _             | 15 | _ _ , _ |
|                              | périmètre crânien (cm) | _ _ , _             | 16 | _ _ , _ |
| <br>- vers l'âge de 1 an :   | date (jj/mm/aa)        | _ _     _ _     _ _ | 17 | _ _ _   |
|                              | poids (kg)             | _ _ , _             | 18 | _ _ , _ |
|                              | taille (cm)            | _ _ , _             | 19 | _ _ , _ |
|                              | périmètre crânien (cm) | _ _ , _             | 20 | _ _ , _ |
| <br>- vers l'âge de 2 ans :  | date (jj/mm/aa)        | _ _     _ _     _ _ | 21 | _ _ _   |
|                              | poids (kg)             | _ _ , _             | 22 | _ _ , _ |
|                              | taille (cm)            | _ _ , _             | 23 | _ _ , _ |
|                              | périmètre crânien (cm) | _ _ , _             | 24 | _ _ , _ |

- vers l'âge de 3 ans :

|                        |                 |    |         |
|------------------------|-----------------|----|---------|
| date (jj/mm/aa)        | _ _   _ _   _ _ | 25 | _ _ _   |
| poids (kg)             | _ _ , _         | 26 | _ _ , _ |
| taille (cm)            | _ _ , _         | 27 | _ _ , _ |
| périmètre crânien (cm) | _ _ , _         | 28 | _ _ , _ |

- vers l'âge de 4 ans :

|                        |                 |    |         |
|------------------------|-----------------|----|---------|
| date (jj/mm/aa)        | _ _   _ _   _ _ | 29 | _ _ _   |
| poids (kg)             | _ _ , _         | 30 | _ _ , _ |
| taille (cm)            | _ _ , _         | 31 | _ _ , _ |
| périmètre crânien (cm) | _ _ , _         | 32 | _ _ , _ |

## La santé de votre enfant

(Répondez avec l'aide du carnet de santé)

### 1. Si votre enfant est un garçon :

A-t-il eu une opération pour cryptorchidie (testicules non descendus dans les bourses) ?

|\_|0. non |\_|1. oui

1 |\_|

**Si oui**, à quelle date ? Mois |\_|\_| Année : 20|\_|\_|

2 |\_|\_| |\_|\_|

A-t-il eu une opération pour hypospade (anomalie de la verge) ?

|\_|0. non |\_|1. oui

3 |\_|

**Si oui**, à quelle date ? Mois |\_|\_| Année : 20|\_|\_|

4 |\_|\_| |\_|\_|

### 2. Votre enfant a-t-il/elle été hospitalisé(e) **depuis l'âge de 4 ans** (pour maladie, chirurgie... y compris les hospitalisations de jour) ?

|\_|0. non |\_|1. oui

5 |\_|

**si oui**, combien de fois ?

|\_|\_|

6 |\_|\_|

**si oui**, durée de l'hospitalisation la plus longue en jours

|\_|\_|\_|

7 |\_|\_|\_|

**si oui**, indiquez la ou les raison(s) de son (ou de ses) hospitalisation(s) :

.....  
.....  
.....

saisie texte

### 3. **Depuis l'âge de 4 ans**, avez-vous consulté pour votre enfant aux urgences d'un hôpital ou d'une clinique ?

|\_|0. non |\_|1. oui

8 |\_|

**si oui**, combien de fois ?

|\_|\_|

9 |\_|\_|

### 4. **Depuis l'âge de 4 ans**, avez-vous consulté en PMI pour votre enfant ?

|\_|0. non |\_|1. oui

10 |\_|

**si oui**, combien de fois ?

|\_|\_|

11 |\_|\_|

### 5. **Depuis l'âge de 4 ans**, avez-vous consulté un généraliste pour votre enfant ?

|\_|0. non |\_|1. oui

12 |\_|

**si oui**, combien de fois ?

|\_|\_|

13 |\_|\_|



**Si oui**, cette éruption qui démange a-t-elle touché l'une des zones suivantes: les plis des coudes, derrière les genoux, en avant des chevilles, sous les fesses, autour du cou, autour des yeux ou des oreilles ?

0. non 1. oui 28

Combien de fois au cours de cette dernière année cette éruption qui démange a-t-elle empêché votre enfant de dormir ?

0 jamais

1 une nuit au cours d'une même semaine au plus

2 plusieurs nuits au cours d'une même semaine 29

12. **Depuis sa naissance**, un médecin vous a-t-il déjà dit que votre enfant avait de l'eczéma ou une dermatite atopique ?

0. non 1 oui 30

13. **Depuis l'âge de 4 ans**, votre enfant a-t-il/elle eu des réactions exagérées (gonflement des lèvres, du visage, problèmes gastro-intestinaux) après avoir consommé un aliment ?

0. non 1. oui 31

**Si oui**, . . pour quel aliment ? ..... saisie texte

. quelle réaction ? ..... saisie texte

. combien de temps après l'ingestion ? | h |mn 32 |||

14. **Depuis sa naissance**, un médecin vous a-t-il déjà dit que votre enfant avait une allergie alimentaire ?

0. non 1. oui 33

**Si oui**, . pour quel aliment ? ..... saisie texte

. est-ce que vous avez éliminé un aliment particulier ou une boisson en raison de cette allergie ? 0. non 1. oui 34

15. **Depuis l'âge de 4 ans**, votre enfant a-t-il/elle déjà eu une ou plusieurs réactions anormales après une piqûre d'insecte (guêpe, abeille), après avoir pris un médicament ou après un vaccin (cochez la case correspondante) ?

0. non 1. oui 35

**si oui**, type de réaction :

après piqûre  
d'insecte

après  
médicament  
ou vaccin

- gonflement exagéré au point de piqûre   36 |

- gonflement du visage   37 |

- urticaire généralisée   3 |

- vomissements ou diarrhée   39 |

- étouffement   40 |

- malaise   41 |

- perte de connaissance   42 |

- oedème de Quincke   43 |

16. **Depuis sa naissance**, un médecin vous a-t-il déjà dit que votre enfant avait fait une ou des crises d'urticaire ? 0. non 1. oui 44

17. **Depuis l'âge de 4 ans**, votre enfant a-t-il/elle eu un ou plusieurs accident(s), que ce soit à la maison, à l'école, dans la voiture, dehors ... ? 0. non 1. oui 45

**Si oui**, précisez le(s) type(s) d'accident(s) (cochez les cases correspondantes) :

. chute avec traumatisme crânien  46

. chute avec fracture  47

. brûlure  48

. électrocution  49

. intoxication  50

. accident de la circulation  51

. autre  52

si autre, précisez : ..... saisie texte

18. **Depuis l'âge de 4 ans**, votre enfant a-t-il/elle présenté l'un des problèmes digestifs suivant

a. Diarrhée (selles liquides ou molles plus fréquentes qu'à l'habitude) :

0. non 1. oui 53

**Si oui** : combien de fois ? 1 fois 2 fois 3 fois ou + 54

. la diarrhée a-t-elle duré pendant plus d'un mois sans interruption 0. non 1. oui 55

. ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une consultation auprès d'un médecin ? 0. non 1. oui 56

. ce problème a-t-il nécessité au moins une fois un traitement prescrit par un médecin ? 0. non 1. oui 57

b. Constipation (moins d'une selle tous les deux jours) :

0. non 1. oui 58

**Si oui**, combien de fois ? 1 fois 2 fois 3 fois ou + 59

. la constipation a-t-elle duré pendant plus d'un mois sans interruption 0. non 1. oui 60

. ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une consultation auprès d'un médecin ? 0. non 1. oui 61

. ce problème a-t-il nécessité au moins une fois un traitement prescrit par un médecin ? 0. non 1. oui 62

|  |   |    |                          |
|--|---|----|--------------------------|
| c. Maux de ventre :  | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui                                       | 63 | <input type="checkbox"/> |
| <b>Si oui,</b>   |   |    |                          |
| . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une consultation auprès d'un médecin ?                    | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui                                       | 64 | <input type="checkbox"/> |
| <b>si oui,</b> ce problème a-t-il nécessité des examens particuliers ?                                     | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui                                       | 65 | <input type="checkbox"/> |
| . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois un traitement prescrit par un médecin ?                   | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui                                       | 66 | <input type="checkbox"/> |
| d. Vomissements :  | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui                                       | 67 | <input type="checkbox"/> |
| <b>Si oui,</b>   |   |    |                          |
| . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une consultation auprès d'un médecin ?                    | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui                                       | 68 | <input type="checkbox"/> |
| si oui, ce problème a-t-il nécessité des examens particuliers ?  | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui                                       | 69 | <input type="checkbox"/> |
| . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois un traitement prescrit par un médecin ?                   | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui                                       | 70 | <input type="checkbox"/> |
| e. Mauvaise haleine :  | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui                                       | 71 | <input type="checkbox"/> |
| 19. <b><u>Depuis sa naissance,</u></b> un médecin vous a-t-il déjà dit que votre enfant avait une anémie ? | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui                                       | 72 | <input type="checkbox"/> |
| <b>Si oui,</b>   |   |    |                          |
| . ce problème a-t-il nécessité des examens particuliers ?  | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui                                       | 73 | <input type="checkbox"/> |
| . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois un traitement prescrit par un médecin ?                   | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui                                       | 74 | <input type="checkbox"/> |
| 20. <b><u>Depuis l'âge de 3 ans (dans les DEUX dernières années),</u></b> votre enfant a-t-il pris :       |   |    |                          |
| - un traitement antibiotique (par injection ou par la bouche) ?  | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui                                       | 75 | <input type="checkbox"/> |
| <b>Si oui,</b> combien de fois ?   | <input type="checkbox"/> 1fois <input type="checkbox"/> 2 fois <input type="checkbox"/> 3 fois ou +   | 76 | <input type="checkbox"/> |
| - de la Vitamine D (Stérogyl, Zyma D2, ZymaDuo, Uvestérol, Uvédose, ...) ?                                 | <input type="checkbox"/> 0.non <input type="checkbox"/> 1.oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas | 77 | <input type="checkbox"/> |
| - du Fer (Fumafer, Ferrostrane, ...) :   | <input type="checkbox"/> 0.non <input type="checkbox"/> 1.oui <input type="checkbox"/> 2.ne sait pas  | 78 | <input type="checkbox"/> |

21. Avez-vous déjà consulté un psychologue, un pédopsychiatre, une psychomotricienne, un Centre Médico-Psychologique (CMP, CMPP) ou un Centre d'Action Médico Sociales Précoce (CAMSP) pour votre enfant ?
- |\_|0. non |\_|1. oui 79 |\_|
- si oui** :
- pour un bilan? |\_|0. non |\_|1. oui 80 |\_|\_|
  - pour une prise en charge ? |\_|0. non |\_|1. oui 81 |\_|\_|
  - pour quels motifs :
  - à cause de difficultés de votre enfant (sommeil, alimentation, comportement) |\_|0. non |\_|1. oui 82 |\_|
  - pour faire des tests |\_|0. non |\_|1. oui 83 |\_|
  - pour une autre raison |\_|0. non |\_|1. oui 84 |\_|
22. Avez-vous déjà consulté un ophtalmologiste pour votre enfant ?
- |\_|0. non |\_|1. oui 85 |\_|
23. Votre enfant a-t-il/elle un des problèmes de vue suivant ?
- . strabisme |\_|0. non |\_|1. oui |\_|2. ne sait pas 86 |\_|
  - . myopie |\_|0. non |\_|1. oui |\_|2. ne sait pas 87 |\_|
  - . hypermétropie |\_|0. non |\_|1. oui |\_|2. ne sait pas 88 |\_|
  - . astigmatisme |\_|0. non |\_|1. oui |\_|2. ne sait pas 89 |\_|
  - . autre |\_|0. non |\_|1. oui 90 |\_|
  - si autre, précisez : ..... saisie texte
24. Est-ce qu'on lui a prescrit des lunettes ? |\_|0. non |\_|1. oui 91 |\_|
- si oui**, les porte-t-il/elle régulièrement ? |\_|0. non |\_|1. oui 92 |\_|
25. Votre enfant a-t-il/elle consulté un(e) orthoptiste (rééducation des yeux) ?
- |\_|0. non |\_|1. oui 93 |\_|
- si oui**, était-ce :
- . pour un bilan : |\_|0. non |\_|1. oui 94 |\_|
  - . pour une rééducation : |\_|0. non |\_|1. oui 95 |\_|
26. Avez-vous déjà consulté un ORL pour votre enfant ? |\_|0. non |\_|1. oui 96 |\_|
27. Votre enfant a-t-il/elle des problèmes d'audition ? |\_|0. non |\_|1. oui 97 |\_|
- si oui**, lesquels ? ..... saisie texte
28. A-t-il/elle un appareil pour mieux entendre ? |\_|0. non |\_|1. oui 98 |\_|
29. Votre enfant a-t-il/elle consulté pour une rééducation orthophonique ?
- |\_|0. non |\_|1. oui 99 |\_|
- si oui**, était-ce :
- . pour bilan : |\_|0. non |\_|1. oui 100 |\_|
  - . pour une rééducation : |\_|0. non |\_|1. oui 101 |\_|

30. **Depuis l'âge de 4 ans**, si votre enfant a ou a eu, d'autre(s) problème(s) de santé que ceux des questions précédentes (en dehors des rhinopharyngites ou rhumes) qui ont nécessité une consultation médicale, merci de les lister ci-dessous : (*vous pouvez vous aider de son carnet de santé*) :

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

saisie texte

31 Dans l'ensemble, considérez-vous la santé de votre enfant comme :

- 1. Excellente
- 2. Bonne
- 3. Moyenne
- 4. Mauvaise

102 |\_\_|

32. Dans l'ensemble, considérez-vous le développement de votre enfant comme :

- 1. Normal
- 2. En avance
- 3. Un peu en retard
- 4. Très en retard

103 |\_\_|

33. **Depuis sa naissance**, votre enfant a-t-il séjourné à l'étranger ?

|\_\_|0. non |\_\_|1. oui

104 |\_\_|

**Si oui**, combien de fois ?

|\_\_|1 fois |\_\_|2 fois |\_\_|3 fois ou +

105 |\_\_|

indiquez le pays étranger où il a séjourné le plus longtemps :

.....

saisie texte

34. Votre enfant est-il déjà allé chez le dentiste ?

|\_\_|0. non |\_\_|1. oui

106 |\_\_|

**si oui**, pour quelle(s) raison(s) ?

- |\_\_|1. contrôle
- |\_\_|2. douleur
- |\_\_|3. traumatisme
- |\_\_|4. carie
- |\_\_|5. autre : précisez : .....

107 |\_\_|\_\_|

35. Votre enfant a-t-il mal aux dents ?

- |\_\_|1. en permanence
- |\_\_|2. souvent
- |\_\_|3. parfois
- |\_\_|4. jamais

108 |\_\_|

|     |  |     |  |
|-----|--|-----|--|
| 36. | Votre enfant a-t-il eu un ou plusieurs traumatisme(s) sur ses dents ?<br><input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui   | 109 | <input type="checkbox"/>   |
| 37. | A-t-on extrait ou « arraché » des dents à votre enfant ?<br><input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui  | 110 | <input type="checkbox"/>   |
|     | <b>Si oui,</b> . combien de dents ont été enlevées ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 111 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                          |
|     | . pour quelle(s) raison(s) : <input type="checkbox"/> 1. un traumatisme<br><input type="checkbox"/> 2. une carie   | 112 | <input type="checkbox"/> 1,2, ou 3   |
| 38. | Les dents de votre enfant sont-elles brossées :<br><input type="checkbox"/> 1. 2 fois par jour ou plus<br><input type="checkbox"/> 2. 1 fois par jour<br><input type="checkbox"/> 3. tous les 2-3 jours<br><input type="checkbox"/> 4. moins souvent<br><input type="checkbox"/> 5. jamais | 113 | <input type="checkbox"/>   |
|     | Le brossage est-il fait<br><input type="checkbox"/> 1. par l'enfant<br><input type="checkbox"/> 2. par un adulte<br><input type="checkbox"/> 3. par les 2  | 114 | <input type="checkbox"/>   |
|     | Le brossage est-il fait avec du dentifrice ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui   | 115 | <input type="checkbox"/>   |
| 39. | Avez-vous déjà donné des gouttes ou des comprimés de Fluor à votre enfant ?<br><input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui   | 116 | <input type="checkbox"/>   |
|     | <b>si oui,</b><br>A quel âge a-t-il commencé ? <input type="checkbox"/> ans <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois   | 117 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|     | En prend-il toujours ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui   | 118 | <input type="checkbox"/>   |
|     | S'il n'en prend plus, à quel âge a-t-il arrêté ? <input type="checkbox"/> ans <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois   | 119 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

## L'alimentation de votre enfant

1. **Actuellement**, combien de fois votre enfant prend-il habituellement ses repas à la maison **au cours d'une semaine ordinaire** ?
- |                  |                                    |                                      |                                      |                                    |   |                          |
|------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|--------------------------|
| petit déjeuner : | <input type="checkbox"/> 0. jamais | <input type="checkbox"/> 1. 1-3 fois | <input type="checkbox"/> 2. 4-6 fois | <input type="checkbox"/> 3. 7 fois | 1 | <input type="checkbox"/> |
| déjeuner         | <input type="checkbox"/> 0. jamais | <input type="checkbox"/> 1. 1-3 fois | <input type="checkbox"/> 2. 4-6 fois | <input type="checkbox"/> 3. 7 fois | 2 | <input type="checkbox"/> |
| goûter :         | <input type="checkbox"/> 0. jamais | <input type="checkbox"/> 1. 1-3 fois | <input type="checkbox"/> 2. 4-6 fois | <input type="checkbox"/> 3. 7 fois | 3 | <input type="checkbox"/> |
| dîner :          | <input type="checkbox"/> 0. jamais | <input type="checkbox"/> 1. 1-3 fois | <input type="checkbox"/> 2. 4-6 fois | <input type="checkbox"/> 3. 7 fois | 4 | <input type="checkbox"/> |
2. **Si votre enfant mange à la cantine à l'école**, est-ce ? :
- |  |  |  |  |  |   |                          |
|--|--|--|--|--|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. tous les jours de classe       |  |  |  |  | 5 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2. au moins deux fois par semaine |  |  |  |  |   |                          |
| <input type="checkbox"/> 3. plus rarement ou jamais        |  |  |  |  |   |                          |
3. A la maison, votre enfant prend-il le plus souvent son petit-déjeuner :
- |   |  |  |  |  |   |                          |
|---|--|--|--|--|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. seul sans les autres membres de la famille                                      |  |  |  |  | 6 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2. avec d'autres membres de la famille mais sans les parents                       |  |  |  |  |   |                          |
| <input type="checkbox"/> 3. avec au moins un des parents et éventuellement les autres membres de la famille |  |  |  |  |   |                          |
| <input type="checkbox"/> 4. autre   |  |  |  |  |   |                          |
| précisez : .....  |  |  |  |  |   | saisie texte             |
4. A la maison, votre enfant prend-il le plus souvent son déjeuner et son dîner (vous pouvez cocher une ou deux cases):
- |   |  |  |  |  |   |  |
|---|--|--|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. seul sans les autres membres de la famille                                      |  |  |  |  | 7 | <input type="checkbox"/>  7b  <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2. avec d'autres membres de la famille mais sans les parents                       |  |  |  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> 3. avec au moins un des parents et éventuellement les autres membres de la famille |  |  |  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> 4. autre   |  |  |  |  |   |  |
| précisez : .....  |  |  |  |  |   | saisie texte   |
5. La télévision est-elle allumée dans la pièce pendant que l'enfant prend ses repas (petit déjeuner, déjeuner ou dîner) lorsqu'il est à la maison ?
- |                                      |  |  |  |  |   |                          |
|--------------------------------------|--|--|--|--|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. jamais   |  |  |  |  | 8 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2. parfois  |  |  |  |  |   |                          |
| <input type="checkbox"/> 3. souvent  |  |  |  |  |   |                          |
| <input type="checkbox"/> 4. toujours |  |  |  |  |   |                          |
6. Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier prescrit par un médecin ?
- |                                  |                                |  |  |  |   |                          |
|----------------------------------|--------------------------------|--|--|--|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0.non   | <input type="checkbox"/> 1.oui |  |  |  | 9 | <input type="checkbox"/> |
| <b>Si oui</b> , précisez : ..... |                                |  |  |  |   | saisie texte             |

7. Actuellement, avec quelle fréquence votre enfant consomme-t-il les aliments suivants **dans une semaine habituelle** (comptez les repas à la maison et en dehors de la maison). *Entourez un chiffre entre 1 et 7.*

- du lait (nature ou aromatisé)

|  |                           |
|--|---------------------------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  |                           |
| jamais    moins d'1 fois    1 à 3 fois    1 à 3 fois    4 à 6 fois    1 fois    plusieurs fois |                           |
| par mois            par mois            par semaine    par semaine    par jour    par jour     | 10   <input type="text"/> |

- laitages (yaourts, petit-suisse..)

|  |                           |
|--|---------------------------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  |                           |
| jamais    moins d'1 fois    1 à 3 fois    1 à 3 fois    4 à 6 fois    1 fois    plusieurs fois |                           |
| par mois            par mois            par semaine    par semaine    par jour    par jour     | 11   <input type="text"/> |

- desserts lactés (crème, glaces)

|  |                           |
|--|---------------------------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  |                           |
| jamais    moins d'1 fois    1 à 3 fois    1 à 3 fois    4 à 6 fois    1 fois    plusieurs fois |                           |
| par mois            par mois            par semaine    par semaine    par jour    par jour     | 12   <input type="text"/> |

- fromage

|  |                           |
|--|---------------------------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  |                           |
| jamais    moins d'1 fois    1 à 3 fois    1 à 3 fois    4 à 6 fois    1 fois    plusieurs fois |                           |
| par mois            par mois            par semaine    par semaine    par jour    par jour     | 13   <input type="text"/> |

- pâtes, riz, semoule

|  |                           |
|--|---------------------------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  |                           |
| jamais    moins d'1 fois    1 à 3 fois    1 à 3 fois    4 à 6 fois    1 fois    plusieurs fois |                           |
| par mois            par mois            par semaine    par semaine    par jour    par jour     | 14   <input type="text"/> |

- pommes de terre à l'eau ou en purée

|  |                           |
|--|---------------------------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  |                           |
| jamais    moins d'1 fois    1 à 3 fois    1 à 3 fois    4 à 6 fois    1 fois    plusieurs fois |                           |
| par mois            par mois            par semaine    par semaine    par jour    par jour     | 15   <input type="text"/> |

- frites, pommes de terre sautées

|  |                           |
|--|---------------------------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  |                           |
| jamais    moins d'1 fois    1 à 3 fois    1 à 3 fois    4 à 6 fois    1 fois    plusieurs fois |                           |
| par mois            par mois            par semaine    par semaine    par jour    par jour     | 16   <input type="text"/> |

- quiches, pizzas, tourtes

|  |                           |
|--|---------------------------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  |                           |
| jamais    moins d'1 fois    1 à 3 fois    1 à 3 fois    4 à 6 fois    1 fois    plusieurs fois |                           |
| par mois            par mois            par semaine    par semaine    par jour    par jour     | 17   <input type="text"/> |

- légumes secs (lentilles, haricots blancs)

|  |                           |
|--|---------------------------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  |                           |
| jamais    moins d'1 fois    1 à 3 fois    1 à 3 fois    4 à 6 fois    1 fois    plusieurs fois |                           |
| par mois            par mois            par semaine    par semaine    par jour    par jour     | 18   <input type="text"/> |

- légumes cuits (y compris soupes), en dehors des pommes de terre

|  |                           |
|--|---------------------------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  |                           |
| jamais    moins d'1 fois    1 à 3 fois    1 à 3 fois    4 à 6 fois    1 fois    plusieurs fois |                           |
| par mois            par mois            par semaine    par semaine    par jour    par jour     | 19   <input type="text"/> |

- crudités, salade

|  |                           |
|--|---------------------------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  |                           |
| jamais    moins d'1 fois    1 à 3 fois    1 à 3 fois    4 à 6 fois    1 fois    plusieurs fois |                           |
| par mois            par mois            par semaine    par semaine    par jour    par jour     | 20   <input type="text"/> |

- volaille ou jambon

| 1      | 2              | 3          | 4           | 5           | 6        | 7              |                          |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|--------------------------|
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois  | 4 à 6 fois  | 1 fois   | plusieurs fois | 21                       |
|        | par mois       | par mois   | par semaine | par semaine | par jour | par jour       | <input type="checkbox"/> |

- viande type bœuf mouton porc

| 1      | 2              | 3          | 4           | 5           | 6        | 7              |                          |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|--------------------------|
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois  | 4 à 6 fois  | 1 fois   | plusieurs fois | 22                       |
|        | par mois       | par mois   | par semaine | par semaine | par jour | par jour       | <input type="checkbox"/> |

- charcuterie (sauf jambon)

| 1      | 2              | 3          | 4           | 5           | 6        | 7              |                          |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|--------------------------|
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois  | 4 à 6 fois  | 1 fois   | plusieurs fois | 23                       |
|        | par mois       | par mois   | par semaine | par semaine | par jour | par jour       | <input type="checkbox"/> |

- poisson gras : type maquereau, sardines, saumon, thon, hareng, ...

| 1      | 2              | 3          | 4           | 5           | 6        | 7              |                          |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|--------------------------|
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois  | 4 à 6 fois  | 1 fois   | plusieurs fois | 24                       |
|        | par mois       | par mois   | par semaine | par semaine | par jour | par jour       | <input type="checkbox"/> |

- poisson blanc : type cabillaud, colin, merlan, ...

| 1      | 2              | 3          | 4           | 5           | 6        | 7              |                          |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|--------------------------|
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois  | 4 à 6 fois  | 1 fois   | plusieurs fois | 25                       |
|        | par mois       | par mois   | par semaine | par semaine | par jour | par jour       | <input type="checkbox"/> |

- œufs

| 1      | 2              | 3          | 4           | 5           | 6        | 7              |                          |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|--------------------------|
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois  | 4 à 6 fois  | 1 fois   | plusieurs fois | 26                       |
|        | par mois       | par mois   | par semaine | par semaine | par jour | par jour       | <input type="checkbox"/> |

- fruits frais

| 1      | 2              | 3          | 4           | 5           | 6        | 7              |                          |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|--------------------------|
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois  | 4 à 6 fois  | 1 fois   | plusieurs fois | 27                       |
|        | par mois       | par mois   | par semaine | par semaine | par jour | par jour       | <input type="checkbox"/> |

- compotes

| 1      | 2              | 3          | 4           | 5           | 6        | 7              |                          |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|--------------------------|
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois  | 4 à 6 fois  | 1 fois   | plusieurs fois | 28                       |
|        | par mois       | par mois   | par semaine | par semaine | par jour | par jour       | <input type="checkbox"/> |

- jus de fruits

| 1      | 2              | 3          | 4           | 5           | 6        | 7              |                          |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|--------------------------|
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois  | 4 à 6 fois  | 1 fois   | plusieurs fois | 29                       |
|        | par mois       | par mois   | par semaine | par semaine | par jour | par jour       | <input type="checkbox"/> |

- sodas ordinaires/sirop

| 1      | 2              | 3          | 4           | 5           | 6        | 7              |                          |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|--------------------------|
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois  | 4 à 6 fois  | 1 fois   | plusieurs fois | 30                       |
|        | par mois       | par mois   | par semaine | par semaine | par jour | par jour       | <input type="checkbox"/> |

- soda « light »

| 1      | 2              | 3          | 4           | 5           | 6        | 7              |                          |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|--------------------------|
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois  | 4 à 6 fois  | 1 fois   | plusieurs fois | 31                       |
|        | par mois       | par mois   | par semaine | par semaine | par jour | par jour       | <input type="checkbox"/> |

- céréales « de type petit déjeuner »

|  |        |
|--|--------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  |        |
| jamais    moins d'1 fois    1 à 3 fois    1 à 3 fois    4 à 6 fois    1 fois    plusieurs fois |        |
| par mois            par mois            par semaine    par semaine    par jour    par jour     | 32  __ |

- pain

|  |        |
|--|--------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  |        |
| jamais    moins d'1 fois    1 à 3 fois    1 à 3 fois    4 à 6 fois    1 fois    plusieurs fois |        |
| par mois            par mois            par semaine    par semaine    par jour    par jour     | 33  __ |

- viennoiseries, biscuits, gâteaux

|  |        |
|--|--------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  |        |
| jamais    moins d'1 fois    1 à 3 fois    1 à 3 fois    4 à 6 fois    1 fois    plusieurs fois |        |
| par mois            par mois            par semaine    par semaine    par jour    par jour     | 34  __ |

- bonbons, chocolat

|  |        |
|--|--------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  |        |
| jamais    moins d'1 fois    1 à 3 fois    1 à 3 fois    4 à 6 fois    1 fois    plusieurs fois |        |
| par mois            par mois            par semaine    par semaine    par jour    par jour     | 35  __ |

- chips, biscuits apéritifs

|  |        |
|--|--------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  |        |
| jamais    moins d'1 fois    1 à 3 fois    1 à 3 fois    4 à 6 fois    1 fois    plusieurs fois |        |
| par mois            par mois            par semaine    par semaine    par jour    par jour     | 36  __ |

8. Quelle est/sont la ou les boissons habituelles de votre enfant lors des repas du midi ou du soir ? (cochez les cases correspondantes)

1. eau du robinet non filtrée

2. eau du robinet filtrée

3. eau minérale

4. lait

5. soda

6. jus de fruit

7. autre

précisez : .....

37 |\_\_| |\_\_|

saisie texte

9. En dehors des repas ou du goûter, votre enfant mange-t-il des bonbons ou des gâteaux, ou boit-il autre chose que de l'eau (ex : sodas, jus d'orange, etc...) ?

1. 2 fois par jour ou plus

2. 1 fois par jour

3. tous les 2-3 jours

4. moins souvent

5. jamais

38 |\_\_|

10. Votre enfant utilise-t-il encore une tétine ?

0. non 1. oui

39 |\_\_|

**Si non**, à quel âge a-t-il arrêté de l'utiliser ? :

ans mois

40 |\_\_| |\_\_|

11. D'une façon générale, diriez-vous que votre enfant :

0. n'a pas souvent faim

1. a un appétit normal pour un enfant de son âge

2. a toujours faim, demande toujours à manger

41 |\_\_|

Pour les questions 12 à 31, entourez le chiffre correspondant à votre réponse

12. Mon enfant est content à l'idée de passer à table  
1-----2-----3-----4-----5  
Très faux Faux Moyennement Vrai Très vrai 42 |\_\_|
13. Mon enfant hésite avant de goûter un aliment nouveau  
1-----2-----3-----4-----5  
Très faux Faux Moyennement Vrai Très vrai 43 |\_\_|
14. Mon enfant a un comportement alimentaire facile  
1-----2-----3-----4-----5  
Très faux Faux Moyennement Vrai Très vrai 44 |\_\_|
15. Mon enfant aime beaucoup certains aliments et en rejettent d'autres très fortement  
1-----2-----3-----4-----5  
Très faux Faux Moyennement Vrai Très vrai 45 |\_\_|
16. Mon enfant est intéressé par la nourriture  
1-----2-----3-----4-----5  
Très faux Faux Moyennement Vrai Très vrai 46 |\_\_|
17. Mon enfant rejette de nombreux fruits  
1-----2-----3-----4-----5  
Très faux Faux Moyennement Vrai Très vrai 47 |\_\_|
18. Mon enfant mange en petites quantités (même s'il aime ce qu'il mange)  
1-----2-----3-----4-----5  
Très faux Faux Moyennement Vrai Très vrai 48 |\_\_|
19. Mon enfant accepte spontanément de goûter les aliments qu'il ne connaît pas  
1-----2-----3-----4-----5  
Très faux Faux Moyennement Vrai Très vrai 49 |\_\_|
20. Mon enfant mange seulement une petite variété d'aliments  
1-----2-----3-----4-----5  
Très faux Faux Moyennement Vrai Très vrai 50 |\_\_|
21. Mon enfant préfère manger les aliments dont il a l'habitude  
1-----2-----3-----4-----5  
Très faux Faux Moyennement Vrai Très vrai 51 |\_\_|
22. Mon enfant rejette un nombre important d'aliments  
1-----2-----3-----4-----5  
Très faux Faux Moyennement Vrai Très vrai 52 |\_\_|
23. Mon enfant est un petit mangeur (quel que soit ce qui est servi, bon ou mauvais)  
1-----2-----3-----4-----5  
Très faux Faux Moyennement Vrai Très vrai 53 |\_\_|

24. Mon enfant fait la grimace quand on lui présente de nouveaux aliments  
 1-----2-----3-----4-----5  
 Très faux      Faux      Moyennement      Vrai      Très vrai      54 |
25. Mon enfant est difficile à table  
 1-----2-----3-----4-----5  
 Très faux      Faux      Moyennement      Vrai      Très vrai      55 |
26. Mon enfant a bon appétit  
 1-----2-----3-----4-----5  
 Très faux      Faux      Moyennement      Vrai      Très vrai      56 |
27. Mon enfant accepte une grande variété de légumes  
 1-----2-----3-----4-----5  
 Très faux      Faux      Moyennement      Vrai      Très vrai      57 |
28. Mon enfant rejette les aliments nouveaux, rien qu'en les voyant  
 1-----2-----3-----4-----5  
 Très faux      Faux      Moyennement      Vrai      Très vrai      58 |
29. Mon enfant a du plaisir à manger  
 1-----2-----3-----4-----5  
 Très faux      Faux      Moyennement      Vrai      Très vrai      59 |
30. Mon enfant mange lentement (même quand il aime ce qu'il mange)  
 1-----2-----3-----4-----5  
 Très faux      Faux      Moyennement      Vrai      Très vrai      60 |
31. Mon enfant apprécie les aliments forts en goût  
 1-----2-----3-----4-----5  
 Très faux      Faux      Moyennement      Vrai      Très vrai      61 |

**Pour les questions 32 à 55 :** entourez également le chiffre correspondant à votre réponse

32. Lorsque votre enfant fait des caprices, avez-vous tendance à lui donner quelque chose à boire ou à manger ?  
 1-----2-----3-----4-----5  
 jamais      rarement      parfois      souvent      toujours      62 |
33. Vous arrive-t-il de donner à boire ou à manger à votre enfant quand il s'ennuie, même si vous pensez qu'il n'a pas faim ?  
 1-----2-----3-----4-----5  
 jamais      rarement      parfois      souvent      toujours      63 |
34. Quand votre enfant est contrarié, vous arrive-t-il de lui proposer quelque chose à boire ou à manger pour le reconforter ?  
 1-----2-----3-----4-----5  
 jamais      rarement      parfois      souvent      toujours      64 |
35. Je sers à mon enfant ses aliments préférés s'il me promet d'être gentil  
 1-----2-----3-----4-----5  
 jamais      rarement      parfois      souvent      toujours      65 |





## La vie quotidienne de votre enfant

1. Votre enfant vit-il/elle actuellement la plupart du temps ?
1. chez sa mère et son père
2. chez sa mère
3. chez son père
4. garde alternée père et mère
5. autre, précisez : ..... 1
2. Votre enfant va-t-il/elle à l'école ?
0. non
1. oui, à temps partiel
2. oui, à temps plein 2
- si oui, depuis quel âge :  an(s)   mois 3
3. Si oui, en quelle classe est-il ?
1. maternelle : section des grands (ou moyens/grands)
2. maternelle : section des moyens (ou petits/moyens)
3. école primaire : CP
4. école primaire : CE1
5. autre, précisez : ..... 4
- .....
4. Votre enfant a-t-il bénéficié d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) en raison d'un problème de santé ?
0. non 1. oui 5
5. Votre enfant a-t-il bénéficié d'un PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) en raison d'un problème de santé ?
0. non 1. oui 6
6. Votre enfant a-t-il eu un bilan de santé ou un examen médical à l'école ?
0. non 1. oui un seul 2. oui plusieurs 7
- Si oui**, en quelle classe (si plusieurs, répondre pour le dernier)
1. maternelle : section des petits
2. maternelle : section des moyens (ou petits/moyens)
3. maternelle : section des grands (ou moyens/grands)
4. école primaire : CP
5. école primaire : CE1 8

7. Si vous travaillez (ou vous êtes étudiante ou en formation) quel est actuellement, en dehors de l'école, le principal mode de garde de votre enfant pendant vos heures de travail ?

- 1. garderie, centre aéré, centre de loisir
- 2. assistante maternelle
- 3. voisine, nourrice non agréée
- 4. membre de votre famille (mère, grands-parents, sœur..)
- 5. employée, baby-sitter qui vient à votre domicile
- 6. votre mari ou partenaire
- 7. autre, précisez :  
.....

9   
saisie texte

8. Votre enfant va-t-il à la garderie le matin avant l'école ?

- 1. tous les jours d'école
- 2. presque tous les jours d'école
- 3. rarement
- 4. jamais

10

9. Votre enfant va-t-il à la garderie le soir après l'école ?

- 1. tous les jours d'école
- 2. presque tous les jours d'école
- 3. rarement
- 4. jamais

11

10. Votre enfant fréquente-t-il un centre de loisir, le mercredi ou pendant les vacances ?

- 0. jamais
- 1. occasionnellement
- 2. régulièrement

12

11. Votre enfant s'est-il réveillé la nuit **au cours du dernier mois** ?

- 1. toutes les nuits ou presque
- 2. souvent
- 3. une nuit sur deux
- 4. parfois
- 5. jamais ou presque jamais

13

12. **Au cours du dernier mois**, quand vous couchez votre enfant le soir, a-t-il du mal à s'endormir ?

- 1. tous les soirs ou presque tous les soirs
- 2. souvent
- 3. un soir sur deux
- 4. parfois
- 5. jamais ou presque jamais

14

13. Votre enfant a-t-il l'habitude de s'endormir le soir ?  
 |\_\_|1. seul dans son lit  
 |\_\_|2. dans le lit des parents  
 |\_\_|3. dans un autre lieu  
 précisez : .....
14. Le plus souvent, à quelle heure votre enfant se couche-t-il le soir ?  
 en semaine : |\_\_|\_| heures |\_\_|\_| minutes  
 le week-end : |\_\_|\_| heures |\_\_|\_| minutes
15. Le plus souvent, à quelle heure votre enfant se réveille-t-il le matin ?  
 en semaine : |\_\_|\_| heures |\_\_|\_| minutes  
 le week-end : |\_\_|\_| heures |\_\_|\_| minutes
16. **Actuellement**, dans une semaine habituelle, combien de temps votre enfant passe-t-il à regarder la télévision, jouer à des jeux vidéos ou d'ordinateur ?  
 un jour de semaine |\_\_| heure(s) |\_\_|\_| minute(s)  
 le mercredi |\_\_| heure(s) |\_\_|\_| minute(s)  
 un jour de week-end |\_\_| heure(s) |\_\_|\_| minute(s)
17. **Actuellement**, dans une semaine habituelle, combien de temps votre enfant passe-t-il à jouer dehors (dans un jardin, un parc, ...) en dehors des heures d'école et de centre aéré ou de loisir :  
 un jour de semaine |\_\_| heure(s) |\_\_|\_| minute(s)  
 le mercredi |\_\_| heure(s) |\_\_|\_| minute(s)  
 un jour de week-end |\_\_| heure(s) |\_\_|\_| minute(s)
18. Comparé à d'autres enfants du même âge, votre enfant est-il en général ?  
 |\_\_|1. plus actif physiquement (court, remue beaucoup plus)  
 |\_\_|2. aussi actif que les autres  
 |\_\_|3. moins actif physiquement
19. **Actuellement**, dans une semaine habituelle, combien de temps votre enfant passe-t-il à marcher en promenade ou en trajet (pour se rendre à l'école, chez la nourrice, vous accompagner aux courses...)?  
 un jour de semaine |\_\_| heure(s) |\_\_|\_| minute(s)  
 le mercredi |\_\_| heure(s) |\_\_|\_| minute(s)  
 un jour de week-end |\_\_| heure(s) |\_\_|\_| minute(s)
20. Vous arrive-t-il de devoir limiter les jeux actifs de votre enfant, pour ne pas gêner les voisins ou les autres membres de la famille ?  
 |\_\_|0. jamais |\_\_|1. parfois |\_\_|1. souvent

15 |\_\_|

saisie texte

16 |\_\_|\_|h |\_\_|\_|m

17 |\_\_|\_|h |\_\_|\_|m

18 |\_\_|\_|h |\_\_|\_|m

19 |\_\_|\_|h |\_\_|\_|m

20 |\_\_|h |\_\_|\_|m

21 |\_\_|h |\_\_|\_|m

22 |\_\_|h |\_\_|\_|m

23 |\_\_|h |\_\_|\_|m

24 |\_\_|h |\_\_|\_|m

25 |\_\_|h |\_\_|\_|m

26 |\_\_|

27 |\_\_|h |\_\_|\_|m

28 |\_\_|h |\_\_|\_|m

29 |\_\_|h |\_\_|\_|m

30 |\_\_|

21. **Au cours de l'année écoulée**, votre enfant a-t-il fréquenté une piscine ?
- |0. jamais
- |1. moins d'une fois par mois (ou moins de 12 fois dans l'année)
- |2. au moins une fois par mois (ou 12 à 23 fois dans l'année)
- |3. entre 2 à 3 fois par mois (ou 24 à 51 fois dans l'année)
- |4. au moins une fois par semaine (ou au mois 52 fois dans l'année) 31
22. Votre enfant pratique-t-il une activité sportive organisée (en dehors de celles proposées à l'école ou au centre de loisir) ?
- |0. non |1. oui 32
- Si oui**, la ou lesquelle(s) :
- .....
- ..... saisie texte
23. Votre enfant pratique-t-il une autre activité organisée telle que dessin, musique.. (en dehors de celles proposées à l'école ou au centre aéré ou de loisir) ?
- |0. non |1. oui 33
- Si oui**, la ou lesquelle(s) :
- .....
- ..... saisie texte
24. Votre enfant sait-il ?
- nager sans bouée lorsqu'il n'a pas pied
- |0. non |1. il commence |2. oui 34
- nager avec bouée lorsqu'il n'a pas pied
- |0. non |1. il commence |2. oui 35
- faire du vélo avec stabilisateur (ou petites roues)
- |0. non |1. il commence |2. oui 36
- faire du vélo sans stabilisateur (ou petites roues)
- |0. non |1. il commence |2. oui 37
25. Combien de personnes vivent actuellement avec l'enfant au domicile familial ?
- . adultes d'au moins 18 ans  38
- . enfants de moins de 18 ans  39
26. Combien de personnes partagent actuellement la chambre à coucher de l'enfant ?
- . adultes d'au moins 18 ans  40
- . enfants de moins de 18 ans  41
27. Un ou plusieurs animaux vivent-ils au domicile de l'enfant?
- |0. non |1. oui 42
- si oui**, quel animal ?
- |1. chat 43
- |2. chien 44
- |3. rongeur 45
- |4. oiseaux 46
- |5. animaux de la ferme 47
- |6. autre(s) 48

28. **Depuis l'âge de 3 ans**, est-ce que votre enfant a été, au moins 1 fois par semaine, en contact avec un ou plusieurs animaux ailleurs qu'à votre domicile (chez la nourrice, grand-parents...) ? 0. non 1. oui 49

**si oui**, cochez la (les) case(s) correspondante(s),

1. chat 50

2. chien 51

3. rongeur 52

4. oiseaux 53

5. animaux de la ferme 54

6. autre(s) 55

29. **Depuis l'âge de 3 ans**, est-ce que votre enfant a séjourné, pendant au moins 1 mois d'affilée, à la campagne en présence d'animaux de la ferme ? 0. non 1. oui 56

**si oui**, cochez la (les) case(s) correspondante(s),

1. vache 57

2. chèvre 58

3. cheval 59

4. porc 60

5. mouton 61

6. autre(s) 62

**Si vous avez déménagé dans les DEUX dernières années**, merci de répondre aux questions suivantes, sinon allez à la section suivante sur le comportement :

30. Quelle est la surface habitable de votre logement actuel ? m<sup>2</sup> 63

De combien de pièces est-il composé (en dehors de la cuisine et des sanitaires) ?  64

31. Votre résidence dispose-t-elle d'un jardin dans lequel votre enfant peut jouer ? 0. non 1. oui 65

32. Y a-t-il un parc ou une aire de jeu facilement accessible de votre domicile où votre enfant peut jouer ? 0. non 1. oui 66

## Questionnaire sur le comportement actuel de votre enfant

Pour chaque question entourez la réponse qui correspond le mieux à votre enfant :

1 = Non pas vrai, 2 = Parfois ou un peu vrai ou 3 = Oui très vrai. Cela nous aiderait si vous répondiez à chaque question du mieux que vous pouvez, même si vous n'êtes pas absolument sûre ou si la question vous paraît inadéquate. Répondez en vous basant sur le comportement de votre enfant au cours des six derniers mois.

- |     |  |                         |                               |
|-----|--|-------------------------|-------------------------------|
| 1.  | Attentif aux autres, tient compte de ce qu'ils ressentent                      | 1-----2-----3           |                               |
|     | non, pas vrai  | parfois, ou un peu vrai | oui, très vrai                |
|     |  |                         | 1   <input type="checkbox"/>  |
| 2.  | Agité(e), hyperactif(ve), ne tient pas en place                                | 1-----2-----3           |                               |
|     | non, pas vrai  | parfois, ou un peu vrai | oui, très vrai                |
|     |  |                         | 2   <input type="checkbox"/>  |
| 3.  | Se plaint souvent de maux de tête ou de ventre ou de nausées                   | 1-----2-----3           |                               |
|     | non, pas vrai  | parfois, ou un peu vrai | oui, très vrai                |
|     |  |                         | 3   <input type="checkbox"/>  |
| 4.  | Partage facilement avec les autres enfants (friandises, jouets, crayons, etc.) | 1-----2-----3           |                               |
|     | non, pas vrai  | parfois, ou un peu vrai | oui, très vrai                |
|     |  |                         | 4   <input type="checkbox"/>  |
| 5.  | Fait souvent des crises de colères, ou s'emporte facilement                    | 1-----2-----3           |                               |
|     | non, pas vrai  | parfois, ou un peu vrai | oui, très vrai                |
|     |  |                         | 5   <input type="checkbox"/>  |
| 6.  | Plutôt solitaire, a tendance à jouer seul(e)                                   | 1-----2-----3           |                               |
|     | non, pas vrai  | parfois, ou un peu vrai | oui, très vrai                |
|     |  |                         | 6   <input type="checkbox"/>  |
| 7.  | Est en général obéissant(e), fait habituellement ce que les adultes demandent  | 1-----2-----3           |                               |
|     | non, pas vrai  | parfois, ou un peu vrai | oui, très vrai                |
|     |  |                         | 7   <input type="checkbox"/>  |
| 8.  | S'inquiète souvent, paraît souvent soucieux(se)                                | 1-----2-----3           |                               |
|     | non, pas vrai  | parfois, ou un peu vrai | oui, très vrai                |
|     |  |                         | 8   <input type="checkbox"/>  |
| 9.  | Aide volontiers quand quelqu'un s'est fait mal ou ne se sent pas bien          | 1-----2-----3           |                               |
|     | non, pas vrai  | parfois, ou un peu vrai | oui, très vrai                |
|     |  |                         | 9   <input type="checkbox"/>  |
| 10. | Ne tient pas en place ou se tortille constamment                               | 1-----2-----3           |                               |
|     | non, pas vrai  | parfois, ou un peu vrai | oui, très vrai                |
|     |  |                         | 10   <input type="checkbox"/> |

|     |   |               |        |
|-----|---|---------------|--------|
| 11. | A au moins un(e) ami(e)   | 1-----2-----3 |        |
|     | non, parfois, ou  | oui,          | 11  __ |
|     | pas vrai un peu vrai  | très vrai     |        |
| 12. | Se bagarre souvent avec les autres enfants ou les tyrannise                                   | 1-----2-----3 |        |
|     | non, parfois, ou  | oui,          | 12  __ |
|     | pas vrai un peu vrai  | très vrai     |        |
| 13. | Souvent malheureux(se), abattu(e) ou pleure souvent   | 1-----2-----3 |        |
|     | non, parfois, ou  | oui,          | 13  __ |
|     | pas vrai un peu vrai  | très vrai     |        |
| 14. | Généralement aimé(e) des autres enfants   | 1-----2-----3 |        |
|     | non, parfois, ou  | oui,          | 14  __ |
|     | pas vrai un peu vrai  | très vrai     |        |
| 15. | Facilement distrait(e), a du mal à se concentrer  | 1-----2-----3 |        |
|     | non, parfois, ou  | oui,          | 15  __ |
|     | pas vrai un peu vrai  | très vrai     |        |
| 16. | Anxieux ou se cramponne aux adultes dans les situations nouvelles, perd facilement ses moyens | 1-----2-----3 |        |
|     | non, parfois, ou  | oui,          | 16  __ |
|     | pas vrai un peu vrai  | très vrai     |        |
| 17. | Gentil(le) avec les enfants plus jeunes   | 1-----2-----3 |        |
|     | non, parfois, ou  | oui,          | 17  __ |
|     | pas vrai un peu vrai  | très vrai     |        |
| 18. | Souvent opposant(e) envers les adultes  | 1-----2-----3 |        |
|     | non, parfois, ou  | oui,          | 18  __ |
|     | pas vrai un peu vrai  | très vrai     |        |
| 19. | Harcelé ou tyrannisé(e) par les autres enfants  | 1-----2-----3 |        |
|     | non, parfois, ou  | oui,          | 19  __ |
|     | pas vrai un peu vrai  | très vrai     |        |
| 20. | Toujours prêt(e) à aider les autres (parents, maîtresse, autres enfants)                      | 1-----2-----3 |        |
|     | non, parfois, ou  | oui,          | 20  __ |
|     | pas vrai un peu vrai  | très vrai     |        |
| 21. | Peut s'arrêter et réfléchir avant d'agir  | 1-----2-----3 |        |
|     | non, parfois, ou  | oui,          | 21  __ |
|     | pas vrai un peu vrai  | très vrai     |        |

- |     |  |               |                  |                            |                   |    |                          |
|-----|--|---------------|------------------|----------------------------|-------------------|----|--------------------------|
| 22. | Peut être méchant(e) envers les autres                               | 1-----2-----3 | non,<br>pas vrai | parfois, ou<br>un peu vrai | oui,<br>très vrai | 22 | <input type="checkbox"/> |
| 23. | S'entend mieux avec les adultes qu'avec d'autres enfants             | 1-----2-----3 | non,<br>pas vrai | parfois, ou<br>un peu vrai | oui,<br>très vrai | 23 | <input type="checkbox"/> |
| 24. | A de nombreuses peurs, facilement effrayé(e)                         | 1-----2-----3 | non,<br>pas vrai | parfois, ou<br>un peu vrai | oui,<br>très vrai | 24 | <input type="checkbox"/> |
| 25. | Va jusqu'au bout des tâches ou devoirs, maintient bien son attention | 1-----2-----3 | non,<br>pas vrai | parfois, ou<br>un peu vrai | oui,              | 25 | <input type="checkbox"/> |

## Activités à faire avec votre enfant

Vous trouverez dans les pages suivantes des questions portant sur les activités des enfants provenant d'un questionnaire standard.

Votre fille ou votre garçon est en mesure d'en exécuter un certain nombre ; par contre, il y en a d'autres que votre enfant n'a pas encore réalisées. A chaque question, veuillez cocher la case appropriée, selon que votre enfant fait l'activité souvent, parfois ou pas encore.

***Voici quelques points importants à retenir :***

Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant avant de cocher la case appropriée.

Essayez de faire du questionnaire un jeu amusant pour vous et pour votre enfant.

Assurez-vous que votre enfant est reposé, nourri et prêt à jouer.

Merci de répondre à toutes les questions.

OUI PARFOIS PAS ENCORE

**COMMUNICATION** Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant.

1. Sans que vous l'aidez en montrant du doigt ou en répétant, votre enfant suit-il trois directives qui n'ont pas de lien entre elles ? Donnez-lui les trois directives avant qu'il ne commence. Par exemple, vous pouvez lui demander, « Tape dans les mains, va jusqu'à la porte et assieds-toi » ou « Donne-moi le stylo, ouvre le livre et mets-toi debout ».

2. Votre enfant fait-il des phrases de quatre ou cinq mots ? Par exemple, dit-il « Je veux la voiture » ?  
Veuillez donner un exemple :

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

3. Lorsque votre enfant parle de quelque chose qui s'est passé, utilise-t-il les verbes au passé ? Posez-lui des questions comme « Comment es-tu allé à l'école ? » (« J'ai marché »), « Qu'as-tu fait chez ton ami ? » (« J'ai joué »).

Veuillez donner un exemple :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Votre enfant utilise-t-il des mots de comparaison, tels que plus ou moins ? Posez-lui des questions comme « Une voiture est grande mais un autobus est \_\_\_\_\_ (plus grand) » ; « Un chat est lourd, mais un homme est \_\_\_\_\_ (plus lourd) » ; « Un livre est petit mais une bibliothèque est \_\_\_\_\_ (moins petite) ».

Veuillez donner un exemple :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Votre enfant répond-il aux questions suivantes :  
« Qu'est-ce que tu fais quand tu es faim ? » Les réponses acceptables se rapprochent de « Je cherche des biscuits », « Je mange », « Je demande quelque chose à manger » et « Je prends un goûter ».

Veuillez indiquer la réponse de votre enfant :  
\_\_\_\_\_

« Qu'est-ce que tu fais quand tu es fatigué ? » Les réponses acceptables se rapprochent de « Je fais dodo », « Je vais dormir », « Je vais dans mon lit », « Je me repose » et « Je m'assieds ».

Veuillez indiquer la réponse de votre enfant :  
\_\_\_\_\_

Cochez « parfois » si votre enfant ne répond qu'à une seule question.

OUI PARFOIS PAS ENCORE

**COMMUNICATION**

6. Votre enfant répète-t-il les phrases suivantes sans se tromper ? Vous pouvez répéter chaque phrase une fois. Cochez « oui » si votre enfant répète les deux phrases sans se tromper et « parfois » s'il répète une seule phrase sans faute.

Christine cache ses chaussures dans la chambre de Sandrine.  
Pierre lit un livre bleu sous son lit.

**MOTRICITÉ GLOBALE** Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant.

1. En se tenant debout, votre enfant lance-t-il une balle en direction d'une personne située à environ 1,80 m ? Pour qu'il puisse lancer la balle, l'enfant doit lever le bras à hauteur de l'épaule et lancer la balle vers l'avant. (S'il laisse tomber la balle ou la lance sans lever le bras, cochez « pas encore ».)



2. Votre enfant attrape-t-il un gros ballon avec les deux mains ? Essayez deux ou trois fois de lui lancer le ballon en vous plaçant à une distance d'environ 1,50 m. ?



3. En ne se tenant à aucun support, votre enfant se tient-il sur un pied pendant au moins 5 secondes sans perdre l'équilibre ni poser l'autre pied par terre ? Vous pouvez laisser votre enfant essayer deux ou trois fois avant de répondre à la question.



4. Votre enfant marche-t-il environ 4,5 m (à peu près la longueur d'une grande voiture) sur la pointe des pieds ? Vous pouvez lui montrer comment faire.

5. Votre enfant saute-t-il sur un pied pendant environ 1,5 m sans poser l'autre pied ? Vous pouvez laisser votre enfant essayer deux fois sur chaque pied. Cochez « parfois » s'il ne peut sauter que sur un des deux pieds.

6. Votre enfant saute-t-il à cloche-pied ? Vous pouvez lui montrer comment faire.

**MOTRICITÉ FINE** Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant.

1. Demandez à votre enfant de suivre avec un crayon la ligne ci-dessous. La suit-il sans la dépasser plus de deux fois ? Si votre enfant dépasse la ligne trois fois, cochez « parfois ».

OUI PARFOIS PAS ENCORE

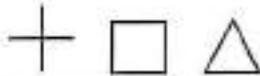
**MOTRICITÉ FINE** (suite)

2. Demandez à votre enfant de dessiner une personne sur une feuille blanche. Vous pouvez lui dire, « Dessine un garçon ou une fille ». Si votre enfant dessine une personne avec une tête, un corps, des bras et des jambes, cochez « oui ». Si votre enfant dessine une personne avec trois parties (la tête, le corps, les bras ou les jambes), cochez « parfois ». Si votre enfant dessine une personne avec deux parties ou moins (la tête, le corps, les bras ou les jambes), cochez « pas encore ». Veuillez joindre à ce questionnaire la feuille avec le dessin de l'enfant.

3. Faites une ligne droite sur une feuille de papier. À l'aide de ciseaux pour enfants, votre enfant coupe-t-il la feuille de papier en deux en suivant une ligne plus ou moins droite et en maniant correctement les ciseaux ? (Surveillez votre enfant attentivement afin qu'il ne se blesse pas.)



4. Votre enfant reproduit-il, sans dessiner par-dessus, les trois formes dessinées ci-dessous ? Les dessins de votre enfant doivent avoir la même forme mais peuvent être d'une taille différente. Cochez « oui » s'il peut reproduire les trois formes, « parfois » s'il peut en reproduire deux.



(Reproduire ci-dessous les formes.)

5. Votre enfant reproduit-il les lettres ci-dessous, sans dessiner par-dessus ? Cachez les lettres sauf celle qu'il doit reproduire. Cochez « oui » s'il peut reproduire correctement quatre lettres ; cochez « parfois » s'il peut reproduire correctement deux ou trois lettres. Vous pouvez lui lire les lettres.

V H T C A

(Reproduire ci-dessous les lettres.)

OUI PARFOIS PAS ENCORE

**MOTRICITÉ FINE** (suite)

6. Écrivez le prénom de votre enfant. Peut-il en recopier les lettres ?  
Des lettres peuvent être grandes, renversées ou inversées.  
Cochez « parfois » s'il peut recopier quatre lettres.

(Écriture de l'adulte)

(Écriture de l'enfant)

**RÉSOLUTION DE PROBLÈMES** Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant.

1. Si vous demandez à votre enfant, « Montre-moi le plus petit cercle ! », désigne-t-il le plus petit ? Posez cette question sans l'aider avec des gestes ni montrer du doigt ou regarder le plus petit cercle.



2. Lorsque vous montrez un objet à votre enfant et que vous lui demandez, « De quelle couleur est cet objet ? », nomme-t-il cinq couleurs différentes (comme rouge, bleu, jaune, orange, noir, blanc, rose, etc.) ? Répondez « oui » seulement si votre enfant peut nommer cinq couleurs.

3. Votre enfant compte-t-il jusqu'à 15 sans se tromper ? Dans ce cas, cochez « oui ». Si votre enfant compte jusqu'à 12 sans se tromper, cochez « parfois ».

4. Votre enfant termine-t-il les phrases suivantes en employant un mot qui signifie le contraire du mot en italiques ? Par exemple : « Un rocher est dur et un coussin est doux ».

Veuillez écrire ci-dessous les réponses de votre enfant :

Une vache est grande, mais une souris est \_\_\_\_\_.

La glace est froide, mais le feu est \_\_\_\_\_.

On voit les étoiles la nuit, mais on voit le soleil le \_\_\_\_\_.

Quant je lance la balle en l'air, elle monte puis elle \_\_\_\_\_.

Cochez « oui » s'il termine correctement trois phrases.

Cochez « parfois » s'il termine correctement deux phrases.

OUI PARFOIS PAS ENCORE

**RÉSOLUTION DE PROBLÈMES** (suite)

5. Votre enfant connaît-il le nom des chiffres ? Cochez « oui » s'il identifie les trois chiffres ci-dessous. Cochez « parfois » s'il en identifie deux.

3      1      2

6. Votre enfant reconnaît-il au moins quatre lettres de son prénom ? Montrez-lui les lettres dans le désordre et demandez, « Quelle lettre est-ce ? »

**APTITUDES INDIVIDUELLES ET SOCIALES** Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant.

1. Votre enfant se sert-il tout seul à l'aide d'une grande cuillère ou fourchette ? Par exemple, utilisez-lui une grande cuillère pour prendre de la compote de pommes dans un bocal et la mettre dans son assiette ?
2. Votre enfant se lave-t-il les mains et le visage avec du savon et s'essuie-t-il avec une serviette sans aide ?
3. Votre enfant répond-il au moins à quatre des questions ci-dessous ?
- a. Quel est ton prénom ?      d. Quel est ton nom de famille ?  
 b. Quel âge as-tu ?      e. Est-ce que tu es un garçon ou une fille ?  
 c. Dans quelle ville est-ce que tu habites ?      f. Quel est ton numéro de téléphone ?

Veuillez encercler les questions auxquelles votre enfant répond correctement.

4. Votre enfant s'habille-t-il ou se déshabille-t-il tout seul, même avec des boutons de taille moyenne et des fermetures éclair ?
5. Votre enfant va-t-il seul aux toilettes ? (Il s'y rend, s'assied, s'essuie et tire la chasse.) Cochez « oui » même si vous devez lui rappeler ce qu'il doit faire.
6. Généralement, votre enfant attend-il son tour et partage-t-il avec d'autres enfants ?

Ce questionnaire a été rempli par :

- 1. la mère seule : .....
- 2. la mère avec quelqu'un : précisez : .....
- 3. le père seul : ..... :
- 4. le père avec quelqu'un : précisez : .....
- 5. la mère avec le père : ..... :
- 6. quelqu'un d'autre : précisez : .....

1

**Merci beaucoup d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire**