



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	
 <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	

- vers l'âge de 6 mois :

date (jj/mm/aa)		13	
poids (grammes)		14	
taille (cm)		15	
périmètre crânien (cm)		16	

- vers l'âge de 1 an :

date (jj/mm/aa)		17	
poids (kg)		18	
taille (cm)		19	
périmètre crânien (cm)		20	

- vers l'âge de 2 ans :

date (jj/mm/aa)		21	
poids (kg)		22	
taille (cm)		23	
périmètre crânien (cm)		24	

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

date (jj/mm/aa)	<input type="text"/>				
poids (kg)	<input type="text"/>				
taille (cm)	<input type="text"/>				
périmètre crânien (cm)	<input type="text"/>				

(Répondez avec l'aide du carnet de santé)

- |  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |

6. **Depuis l'âge de 4 ans**, avez-vous consulté un pédiatre ou un autre médecin spécialiste (à son cabinet ou à l'hôpital) pour votre enfant ?
- |\_|0. non |\_|1. oui
- 14 |\_|
- si oui : . combien de fois au total ? |\_|\_|
- 15 |\_|\_|
- . combien de spécialistes différents ? |\_|\_|
- 16 |\_|\_|
7. **Depuis l'âge de 4 ans**, votre enfant a-t-il/elle eu des éternuements, le nez qui coule ou le nez bouché alors qu'il/elle n'avait pas d'infection respiratoire (ni rhume, ni rhino-pharyngite, ni grippe...) ?
- |\_|0. non |\_|1. oui
- 17 |\_|
- si oui, ces problèmes de nez étaient-ils accompagnés de larmoiements (pleurs) ou de démangeaisons (envie de se gratter) des yeux ?
- |\_|0. non |\_|1. oui
- 18 |\_|
8. **Depuis l'âge de 4 ans**, votre enfant a-t-il/elle eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque ?
- |\_|0. non |\_|1. oui
- 19 |\_|
- Si vous avez répondu NON passez directement à la question 9**
- Si oui**, combien de fois a-t-il/elle eu des crises de sifflements au cours de la dernière année ?
- |\_|1 1 à 3 fois
- |\_|2 4 à 12 fois
- |\_|3 plus de 12 fois
- 20 |\_|
- Combien de fois, en moyenne, ces crises de sifflements l'ont-il/elle réveillé la nuit au cours de la dernière année ?
- |\_|0 jamais réveillé avec des sifflements
- |\_|1 moins d'une nuit par semaine
- |\_|2 une ou plusieurs nuits par semaine
- 21 |\_|
9. **Depuis l'âge de 4 ans**, votre enfant a-t-il/elle eu une crise d'asthme ?
- |\_|0. non |\_|1. oui
- 22 |\_|
- Si oui,
- . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois un traitement prescrit par un médecin ? |\_|0. non |\_|1. oui
- 23 |\_|
- . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une visite aux urgences ?
- |\_|0. non |\_|1. oui
- 24 |\_|
- . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une hospitalisation ?
- |\_|0. non |\_|1. oui
- 25 |\_|
10. **Depuis sa naissance**, un médecin vous a-t-il déjà dit que votre enfant était asthmatique ?
- |\_|0. non |\_|1. oui
- 26 |\_|
11. **Depuis l'âge de 4 ans**, votre enfant a-t-il, eu sur la peau une éruption (plaques rouges, boutons, ...) qui démange (envie de se gratter), et qui apparaît et disparaît par intermittence ?
- |\_|0. non |\_|1. oui
- 27 |\_|

**Si vous avez répondu NON passez directement à la question 12**

**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.	<b><u>Depuis sa naissance</u></b> , un médecin vous a-t-il déjà dit que votre enfant avait fait une ou des crises d'urticaire ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	44	<input type="checkbox"/>
17.	<b><u>Depuis l'âge de 4 ans</u></b> , 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 ... ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	45	<input type="checkbox"/>
	<b>Si oui</b> , précisez le(s) type(s) d'accident(s) (cochez les cases correspondantes) :			
	. chute avec traumatisme crânien	<input type="checkbox"/>	46	<input type="checkbox"/>
	. chute avec fracture	<input type="checkbox"/>	47	<input type="checkbox"/>
	. brûlure	<input type="checkbox"/>	48	<input type="checkbox"/>
	. électrocution	<input type="checkbox"/>	49	<input type="checkbox"/>
	. intoxication	<input type="checkbox"/>	50	<input type="checkbox"/>
	. accident de la circulation	<input type="checkbox"/>	51	<input type="checkbox"/>
	. autre	<input type="checkbox"/>	52	<input type="checkbox"/>
	si autre, précisez : .....			saisie texte
18.	<b><u>Depuis l'âge de 4 ans</u></b> , 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) :			
		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	53	<input type="checkbox"/>
	<b>Si oui</b> : combien de fois ?	<input type="checkbox"/> 1 fois <input type="checkbox"/> 2 fois <input type="checkbox"/> 3 fois ou +	54	<input type="checkbox"/>
	. la diarrhée a-t-elle duré pendant plus d'un mois sans interruption	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	55	<input type="checkbox"/>
	. 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	56	<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	57	<input type="checkbox"/>
	b. Constipation (moins d'une selle tous les deux jours) :			
		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	58	<input type="checkbox"/>
	<b>Si oui</b> , combien de fois ?	<input type="checkbox"/> 1 fois <input type="checkbox"/> 2 fois <input type="checkbox"/> 3 fois ou +	59	<input type="checkbox"/>
	. la constipation a-t-elle duré pendant plus d'un mois sans interruption	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	60	<input type="checkbox"/>
	. 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	61	<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	62	<input type="checkbox"/>

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

<p>30. <b><u>Depuis l'âge de 4 ans</u></b>, 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 : (<i>vous pouvez vous aider de son carnet de santé</i>) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	saisie texte
<p>31 Dans l'ensemble, considérez-vous la santé de votre enfant comme :</p> <p>1. Excellente</p> <p>2. Bonne</p> <p>3. Moyenne</p> <p>4. Mauvaise</p>	102  __
<p>32. Dans l'ensemble, considérez-vous le développement de votre enfant comme :</p> <p>1. Normal</p> <p>2. En avance</p> <p>3. Un peu en retard</p> <p>4. Très en retard</p>	103  __
<p>33. <b><u>Depuis sa naissance</u></b>, votre enfant a-t-il séjourné à l'étranger ?</p> <p style="text-align: right;"> __ 0. non  __ 1. oui</p> <p><b>Si oui</b>, combien de fois ?</p> <p> __ 1 fois  __ 2 fois  __ 3 fois ou +</p> <p>indiquez le pays étranger où il a séjourné le plus longtemps :</p> <p>.....</p>	<p>104  __ </p> <p>105  __ </p> <p>saisie texte</p>
<p>34. Votre enfant est-il déjà allé chez le dentiste ?</p> <p> __ 0. non  __ 1. oui</p> <p><b>si oui</b>, pour quelle(s) raison(s) ?</p> <p> __ 1.     contrôle</p> <p> __ 2.     douleur</p> <p> __ 3.     traumatisme</p> <p> __ 4.     carie</p> <p> __ 5.     autre : précisez : .....</p>	<p>106  __ </p> <p>107  __ __ </p>
<p>35. Votre enfant a-t-il mal aux dents ?</p> <p> __ 1. en permanence</p> <p> __ 2. souvent</p> <p> __ 3. parfois</p> <p> __ 4. jamais</p>	108  __

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

## L'alimentation de votre enfant

- |    |   |  |              |
|----|---|--|--------------|
| 1  | <b>Actuellement</b> , combien de fois votre enfant prend-il habituellement ses repas à la maison <b>au cours d'une semaine ordinaire</b> ?<br>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<br>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<br>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<br>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 | 1 <input type="checkbox"/>                             |              |
|    |   | 2 <input type="checkbox"/>                             |              |
|    |   | 3 <input type="checkbox"/>                             |              |
|    |   | 4 <input type="checkbox"/>                             |              |
| 2. | <b>Si votre enfant mange à la cantine à l'école</b> , est-ce ? :<br><input type="checkbox"/> 1. tous les jours de classe<br><input type="checkbox"/> 2. au moins deux fois par semaine<br><input type="checkbox"/> 3. plus rarement ou jamais   | 5 <input type="checkbox"/>                             |              |
| 3. | A la maison, votre enfant prend-il le plus souvent son petit-déjeuner :<br><input type="checkbox"/> 1. seul sans les autres membres de la famille<br><input type="checkbox"/> 2. avec d'autres membres de la famille mais sans les parents<br><input type="checkbox"/> 3. avec au moins un des parents et éventuellement les autres membres de la famille<br><input type="checkbox"/> 4. autre<br>précisez : .....  | 6 <input type="checkbox"/>                             | 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):<br><input type="checkbox"/> 1. seul sans les autres membres de la famille<br><input type="checkbox"/> 2. avec d'autres membres de la famille mais sans les parents<br><input type="checkbox"/> 3. avec au moins un des parents et éventuellement les autres membres de la famille<br><input type="checkbox"/> 4. autre<br>précisez : .....   | 7 <input type="checkbox"/> 7b <input type="checkbox"/> | 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 ?<br><input type="checkbox"/> 1. jamais<br><input type="checkbox"/> 2. parfois<br><input type="checkbox"/> 3. souvent<br><input type="checkbox"/> 4. toujours   | 8 <input type="checkbox"/>                             |              |
| 6. | Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier prescrit par un médecin ?<br><input type="checkbox"/> 0.non <input type="checkbox"/> 1.oui<br><b>Si oui</b> , précisez : .....   | 9 <input type="checkbox"/>                             | 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	10  __
par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour	

- 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	11  __
par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour	

- 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	12  __
par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour	

- 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	13  __
par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour	

- 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	14  __
par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour	

- 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	15  __
par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour	

- 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	16  __
par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour	

- 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	17  __
par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour	

- 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	18  __
par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour	

- 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	19  __
par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour	

- 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	20  __
par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour	

- 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 réconforter ?  
 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    |\_\_|

36. Il m'arrive de priver mon enfant de dessert s'il s'est montré désobéissant ou désagréable  
 1-----2-----3-----4-----5  
 jamais rarement parfois souvent toujours 66 |\_\_|
37. Je donne à mon enfant des aliments sucrés pour le remercier d'avoir été gentil (bonbons, biscuits, chocolat...)  
 1-----2-----3-----4-----5  
 jamais rarement parfois souvent toujours 67 |\_\_|
38. Votre enfant peut-il choisir ce qu'il va manger parmi les aliments servis à table ?  
 1-----2-----3-----4-----5  
 jamais rarement parfois souvent toujours 68 |\_\_|
39. Si votre enfant n'aime pas ce qui est servi, lui préparez-vous autre chose ?  
 1-----2-----3-----4-----5  
 jamais rarement parfois souvent toujours 69 |\_\_|
40. Autorisez-vous votre enfant à sortir de table lorsqu'il n'a plus faim, même si le reste de la famille n'a pas fini de manger ?  
 1-----2-----3-----4-----5  
 jamais rarement parfois souvent toujours 70 |\_\_|
41. Je dois faire attention à ce que mon enfant ne mange pas trop d'aliments sucrés (bonbons, glaces, gâteaux, biscuits, pâtisseries)  
 1-----2-----3-----4-----5  
 pas du tout peu vrai moyennement plutôt vrai très vrai  
 vrai vrai 71 |\_\_|
42. Je dois faire attention à ce que mon enfant ne mange pas trop de ses aliments préférés  
 1-----2-----3-----4-----5  
 pas du tout peu vrai moyennement plutôt vrai très vrai  
 vrai vrai 72 |\_\_|
43. Je dois faire attention à ce que mon enfant ne mange pas trop d'aliments riches en graisse  
 1-----2-----3-----4-----5  
 pas du tout peu vrai moyennement plutôt vrai très vrai  
 vrai vrai 73 |\_\_|
44. Je veille à ce que mon enfant ne boive pas trop de boissons sucrées (soda, sirop)  
 1-----2-----3-----4-----5  
 pas du tout peu vrai moyennement plutôt vrai très vrai  
 vrai vrai 74 |\_\_|
45. Je ne permets pas à mon enfant de manger en dehors des repas et du goûter car je ne veux pas qu'il grossisse  
 1-----2-----3-----4-----5  
 pas du tout peu vrai moyennement plutôt vrai très vrai  
 vrai vrai 75 |\_\_|

76 | \_ |

77 | \_ |

78 | |

79 | \_ |

80 | |

81 | |

82 | |

83 | |

84 | |

85 | |

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

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

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

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

## 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'aidiez 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.

☐ ☐ ☐ ☐

# 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 ».

☐ ☐ ☐ ☐

**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 ?  
 Ses 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 \_\_\_\_\_.

Quand 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, utilise-t-il 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  
c. Dans quelle ville ou une fille ?  
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'assoit, 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 :

- |                             |   |  |   |                          |
|-----------------------------|---|--|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. | la mère seule : .....                     |  | 1 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2. | la mère avec quelqu'un : précisez : ..... |  |   |                          |
| <input type="checkbox"/> 3. | le père seul : ..... :                    |  |   |                          |
| <input type="checkbox"/> 4. | le père avec quelqu'un : précisez : ..... |  |   |                          |
| <input type="checkbox"/> 5. | la mère avec le père : ..... :            |  |   |                          |
| <input type="checkbox"/> 6. | quelqu'un d'autre : précisez : .....      |  |   |                          |

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