



Nom de l'enfant:
Maternelle/école/classe:

Date de naissance:
Date:



Questionnaire sur la grossesse, la naissance, le développement de l'enfant et la situation actuelle		
1. Avez-vous eu des problèmes de santé ou personnels pendant votre grossesse ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
2. Avez-vous dû rester longtemps allongée pendant la grossesse ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
3. Y a-t-il eu des difficultés à la naissance (forceps, ventouse, cordon ombilical autour du cou de l'enfant) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
4. Votre enfant est né trop tôt ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
5. Y a-t-il eu une césarienne d'urgence ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
6. Votre enfant est-il né par désir d'une césarienne ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
7. Le processus de la naissance a-t-il été anormalement court ou trop long ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
8. Des mesures ont-elles été prises pour favoriser ou inhiber les contractions ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
9. La naissance était-elle une présentation podalique ("du siège) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
10. Votre enfant était-il principalement sur le dos pendant les premiers mois ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
11. Votre enfant se tient-il souvent debout, les pieds tournés vers l'intérieur ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
12. Votre enfant est-il trop sensible aux _____ : bruits	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
13. _____ à la _____ : lumière / luminosité	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
14. _____ au _____ : contact	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
15. Votre enfant est-il angoissé au-dessus de la moyenne ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
16. Votre enfant souffre-t-il d'anxiété de séparation ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
17. Votre enfant est-il mauvais en dictée ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
18. Votre enfant a-t-il peur de l'école (douleurs abdominales, nausées, etc.) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
19. Votre enfant souffre-t-il de tensions cervicales ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
20. Est-il difficile pour votre enfant de serrer les poings ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
21. Votre enfant tient-il le stylo de façon serrée ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
22. Votre enfant bouge-t-il la bouche ou mord-il ses dents en écrivant ou en peignant ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
23. Votre enfant appuie-t-il très fort sur le stylo pendant l'utilisation ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
24. Votre enfant a-t-il peu envie d'écrire, se fatigue-t-il très vite en écrivant ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
25. Si votre enfant s'appuie sur ses avant-bras en position couchée, soulève le haut de son corps et la tête, est-ce qu'il serre les poings ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
26. Votre enfant ne parle pas clairement ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
27. Votre enfant a-t-il tendance à marcher sur la pointe des pieds ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

28. Votre enfant continue-t-il à rouler les orteils ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
29. Votre enfant met-il des bas et des chaussures de façon maladroite ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
30. Est-ce que votre enfant soutient souvent sa tête dans une ou deux mains lorsqu'il est assis à table ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
31. Votre enfant se penche-t-il et s'étire-t-il souvent en position assise (tête en arrière - jambes en avant) ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
32. Votre enfant a-t-il des problèmes d'équilibre ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
33. Votre enfant a-t-il de la difficulté à copier à partir du tableau noir ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
34. Votre enfant a-t-il tendance à travailler trop lentement ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
35. Votre enfant demande-t-il ou dit-il souvent " quoi " ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
36. Copier du tableau c'est épuisant pour votre enfant ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
37. Votre enfant souffre-t-il de nausées de voyage, par exemple de nausées dans la voiture?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
38. Est-ce que votre enfant tord les lettres comme b et d ou écrit en écriture miroir ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
39. Est-ce difficile pour votre enfant de s'orienter dans une pièce ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
40. A-t-il de bonnes connaissances orales mais ne sait pas le mettre sur papier ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
41. Votre enfant a-t-il des difficultés à écrire (surtout l'écriture cursive) ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
42. Votre enfant écrit-il avec la feuille à un angle de 90° devant lui ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
43. A-t-il des difficultés d'orthographe, de grammaire ou avec les mathématiques ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
44. Votre enfant omet-il souvent des lettres ou des mots en lisant ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
45. Votre enfant est-il facilement irritable, rapidement en colère ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
46. Votre enfant a-t-il de la difficulté à écrire sur une ligne ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
47. Votre enfant a-t-il des difficultés de lecture ? (trop lent / manque de compréhension en lecture)	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
48. Votre enfant a-t-il une démarche tordue ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
49. Votre enfant a-t-il mouillé la nuit après l'âge de cinq ans ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
50. Votre enfant n'aime-t-il pas les vêtements moulants ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
51. Votre enfant semble-t-il souvent désorganisé et oublie-t-il souvent quelque chose ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
52. Est-il enclin à la bavardise ou parle-t-il beaucoup trop ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
53. Votre enfant a-t-il sauté la marche à quatre pattes ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
54. Votre enfant aime-t-il s'asseoir sur un pied ou sur les deux pieds ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
55. Votre enfant enroule-t-il ses jambes autour des pieds de la chaise pendant qu'il écrit ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
56. Votre enfant a-t-il de la difficulté à attraper une balle ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
57. Votre enfant a-t-il de la difficulté à apprendre à nager, surtout la brasse ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
58. Votre enfant a-t-il souvent l'air méfiant (tête baissée, regard du bas vers le haut) ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
59. Votre enfant a-t-il souvent l'air "arrogant" (la tête est dans le cou, le regard descend par le haut) ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
60. Votre enfant a-t-il des difficultés à rester assis sans bouger pendant une longue période ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non

61. Votre enfant apprend-il mal ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
62. Votre enfant copie-t-il trop lentement du tableau noir ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
63. Votre enfant se fatigue-t-il rapidement en lisant ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
64. Est-ce que votre enfant aime la routine ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
65. Votre enfant est-il facilement distrait ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
66. Votre enfant souffre-t-il d'asthme, d'allergies ou d'infections fréquentes ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
67. Votre enfant aime-t-il s'évader dans un monde imaginaire ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
68. Votre enfant se met-il souvent en travers de son chemin , ne "bouge" pas ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
69. Votre enfant pleure-t-il souvent ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
70. Votre enfant a-t-il des difficultés à se concentrer ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
71. Votre enfant porte-t-il ou portait-il un appareil dentaire ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
72. Les dents mal positionnées sont-elles visibles / palais pointu ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
73. Votre enfant souffre-t-il d'une salivation excessive ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
74. Votre enfant a-t-il sucé ses pouces pendant longtemps?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Discutez également du questionnaire avec l'enseignant de votre enfant.		
Si plus de 7 réponses affirmatives sont données, il est utile de demander au formateur RIT de tester		
si les réflexes sont encore actifs. Ceux-ci peuvent être responsables des		
problèmes d'apprentissage et de comportement de votre enfant.		
www.rit-reflexintegration.de		