



Académie des Sacrés-Cœurs
1575 Chemin des Vingt
St-Bruno (Québec) J3V 4P6
Tél. (450) 653-3681
Télec. (450) 653-0816

Réservé
à la
direction

PROFIL DE L'ENFANT Petite enfance 4 ans

Le présent questionnaire vise à nous permettre de mieux connaître votre enfant et à faciliter son intégration au sein de sa nouvelle école. Merci de nous exposer de manière juste et pertinente la réalité scolaire et sociale de votre enfant.

Informations générales	
Prénom et nom de l'enfant :	Date de naissance:
Quelle est la langue parlée à la maison ? :	

Père <input type="checkbox"/> / Mère <input type="checkbox"/> / Tuteur <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/> / Mère <input type="checkbox"/> / Tuteur <input type="checkbox"/>
Nom :	Nom :
Adresse complète :	Adresse complète :
Tél. résidence :	Tél. résidence :
Tél : travail :	Tél : travail :
Tél : Cellulaire :	Tél : Cellulaire :
Courriel :	Courriel :

Frère	Sœurs	École fréquentée	Âge

Information sur le milieu de garde			
Votre enfant fréquente-t-il un milieu de garde Si oui, joindre le bilan de garderie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
De quel type de garde s'agit-il (garderie, milieu familial, ...)			
Quel est le ratio par adulte ?	<input type="checkbox"/> 0 à 5 enfants	<input type="checkbox"/> 5 à 10 enfants	<input type="checkbox"/> 10 enfants et plus
Quel est le temps de présence de votre enfant dans ce milieu de garde (jours par semaine)?			
Nom du responsable du milieu de garde avec qui nous pouvons communiquer			
Nom :	Téléphone :		

Autres informations		
Décrivez en quelques lignes les caractéristiques qui ressortent dans le comportement et la personnalité de votre enfant		
Forces :		
Défis à relever :		
Quelle est sa main dominante?	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche
Doit-il (elle) prendre des médicaments de façon régulière ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels ?		
Est-il (elle) né(e) à terme ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non Préciser le nombre de semaines :
Souffre-t-il (elle) d'un handicap particulier ?		
Avant son entrée à l'école, est-ce que votre enfant a déjà été suivi par un des spécialistes suivants :		
Si oui <input type="checkbox"/> , lesquels en mentionnant la durée de l'accompagnement et la fréquence des rencontres:		
<input type="checkbox"/> ergothérapeute <input type="checkbox"/> orthophoniste <input type="checkbox"/> psychologue <input type="checkbox"/> autre		
Présentement, est-ce qu'il (elle) est suivi par un des spécialistes suivants : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> , lesquels :		
<input type="checkbox"/> audiologiste <input type="checkbox"/> ergothérapeute <input type="checkbox"/> orthophoniste <input type="checkbox"/> psychoéducateur <input type="checkbox"/> psychologue <input type="checkbox"/> autre ?		
Fréquence des rencontres :		
*Si disponible, veuillez nous acheminer le rapport du professionnel		
Est-ce que le vécu de votre enfant (événement / condition de santé, etc.) pourrait influencer un cheminement scolaire régulier?		
Comment envisage-t-il (elle) sa rentrée à l'école ?		
Quelles sont les principales raisons qui vous incitent à faire une demande d'inscription à l'Académie des Sacrés-Cœurs ?		
Autres commentaires pouvant être utiles pour nous aider à mieux connaître votre enfant.		

Comme parents, quelles sont vos attentes face à l'école ?

Êtes-vous un(e) ancien(ne) élève de l'Académie? oui non

Communication

Je, soussigné, autorise la direction de l'Académie des Sacrés-Cœurs à communiquer avec le milieu de garde actuel de mon enfant, s'il y a lieu.

Nom de la ou des personne(s) avec qui nous pouvons communiquer :



:



:

Signature du parent : _____ Date : _____

Merci de votre collaboration.

Signature : _____ Date : _____

Lien avec l'enfant :