



**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 Demande d'admission

*Le présent questionnaire vise à nous permettre de mieux connaître votre enfant et à faciliter son intégration au sein du groupe des 4 ans. Merci de nous exposer la réalité de manière juste et pertinente.*

Nom complet de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Jr / Mo / An

Âge de l'enfant lors de la journée d'observation: \_\_\_\_\_  
année / mois

Père / Mère / Tuteur

Mère / Père / Tuteur

Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
résidence : \_\_\_\_\_  
travail : \_\_\_\_\_  
Cellulaire : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

Frères	Sœurs	Milieu de garde / École fréquentée	Âge

Votre enfant fréquente-t-il un milieu de garde?  Oui  Non

Si oui, joindre une photocopie du carnet d'observation de la garderie.

De quel type de garde s'agit-il? (garderie, milieu familial, ...) \_\_\_\_\_

Quel est le ratio par adulte?  0 à 5 enfants  5 à 10 enfants  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 \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Quelle est la langue parlée à la maison?: \_\_\_\_\_

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?  Droite  Gauche

Doit-il (elle) prendre des médicaments de façon régulière ? Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Est-il (elle) né(e) à terme ?  oui  non, sinon veuillez nous préciser le nombre de semaines : \_\_\_\_\_

Souffre-t-il (elle) d'un handicap particulier ? \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant a déjà été suivi par un des spécialistes suivants : \_\_\_\_\_ Si oui, lesquels en mentionnant la durée de l'accompagnement et la fréquence des rencontres:

ergothérapeute  orthophoniste  psychologue  autre ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Présentement, est-ce qu'il (elle) est suivi par un des spécialistes suivants : \_\_\_\_\_ si oui, lesquels :

audiologiste  ergothérapeute  orthophoniste  psychoéducateur  psychologue  autre ? \_\_\_\_\_

Fréquence des rencontres : \_\_\_\_\_

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'Académie ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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'Académie ?

---

---

---

Êtes-vous un(e) ancien(ne) élève de l'Académie? \_\_\_\_\_


### 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 : \_\_\_\_\_