

Le carnet de santé de votre enfant peut vous être utile
Prévoir au moins 30 à 60 minutes pour remplir ce questionnaire
Les détails sont importants pour nous afin de bien comprendre votre enfant
et gagner du temps pour approfondir notre compréhension clinique lors de notre
première rencontre avec vous.

Votre nom :

-
- Mère
-
-
- Père
-
-
- Autre, spécifiez : _____

Nom de l'enfant/adolescent :

-
- Nationalité canadienne
-
-
- Autre, spécifiez : _____
-
- Date d'entrée au Canada : _____

Son âge : _____

Date de naissance : _____

 _____ / _____ / _____
 Jour Mois Année

Date d'aujourd'hui : _____

 _____ / _____ / _____
 Jour Mois Année

 Sexe : Féminin
 Masculin

École fréquentée : _____

Téléphones :

	Maison	Bureau/Cellulaire
Mère		
Courriel		
Père		
Courriel		

 Degré scolaire actuel et année scolaire en cours (ex : 3^{ème} – 2018-2019) : _____

Nom de l'enseignant(e) : _____

Adresse postale des parents : _____

Quelles sont les forces, les qualités de votre enfant ? (Le sujet sera approfondi aux pages 15 et 16)

Au besoin, continuez au verso →

Comment votre enfant s'adapte-t-il aux changements ? (P.ex. d'école, d'amis, de prof, de routine, etc.)
 Est-il flexible, à l'aise, enjoué, plutôt rigide, tendu, anxieux, irritable, etc. ?

Au besoin, continuez au verso →

Observez-vous des changements récents (semaines/mois) qui vous inquiètent chez votre enfant ?
 NON, il est ainsi depuis longtemps (ex. émotions, actions, forces, difficultés, etc.)
 Depuis quand ? _____

 OUI, au plan de (cochez, encerclez, spécifiez) :

-
- Au plan de sa concentration, de son attention, au plan de sa mémoire
-
-
- Dans son humeur, tristesse, irritabilité
-
-
- Stress, anxiété, apparition de tics
-
-
- En ce qui a trait à son sommeil, son énergie
-
-
- Au plan de ses résultats scolaires, de sa motivation scolaire
-
-
- Dans sa démarche (se heurte contre des objets, tombe souvent, etc.)
-
-
- Dans ses relations avec les pairs
-
-
- Autres, précisez : _____

Depuis quand observez-vous ces changements : _____

1) Qui a initialement suggéré de faire cette démarche d'évaluation ?
Vous, médecin, professeur, autre professionnel ?

Nom et coordonnées de la personne qui vous réfère à la clinique le cas échéant :

2) Que souhaitez-vous évaluer ? Vous pouvez cocher plusieurs difficultés :
 Potentiel (intellectuel, créatif, aptitudes spécifiques, aptitudes naturelles, etc.), décrivez :
 Dans quel domaine (p.ex. académique, sportif, artistique, musical, etc.) ?

 Difficultés **d'attention**, de concentration, décrivez :
 Depuis quand ?

 Agitation, hyperactivité, décrivez :
 Depuis quand ?

 Difficulté à se contrôler, se retenir, **impulsivité** (émotion, comportement, parole), décrivez :
 Depuis quand ?

 Manque d'autonomie, difficulté d'organisation, de planification, de mise en action (p.ex. semble tourner en rond sans savoir quoi faire ou par où commencer, en désordre, ne s'occupe pas seul, résiste aux changements, réagit excessivement à des problèmes mineurs), décrivez :
 Depuis quand ?

 Difficulté **d'apprentissage**, retard, échecs, décrivez :
 Depuis quand ?
 Dans quelle(s) matière(s) ?
 A-t-il eu de l'orthopédagogie ? NON OUI, spécifiez (en quelle année, à quelle fréquence) :

 Difficultés de **comportement**, opposition, argumentation, contestation, provocation, décrivez :
 À la maison, depuis quand ? :

À l'école, depuis quand ? :

 Crises de **colère**, décrivez :
 Depuis quand ?
 Fréquence :
 Durée :
 Intensité légère, modérée ou sévère ?
 Avec ou sans agressivité ? (Verbale et/ou physique) :

 Tics, mouvements musculaires involontaires, décrivez ? depuis quand ?
 Verbal (ex. Sons, raclement de gorge, vocalisation) ?
 Moteurs (ex. Gestes, mouvements) ?

 Anxiété, peurs, craintes, inquiétudes, décrivez :
 Depuis quand ?
 Se plaint-il de maux physiques ? ex. Maux de tête, crampes, étourdissement, maux de ventre :
 Se plaint-il de fatigue ?

Difficultés **sociales**, relationnelles, décrivez :
 Depuis quand ?

Difficultés liées à **l'humeur**, décrivez : Irritabilité ? Tristesse ? Pleurs ? Perte d'intérêt ?
 Humeur variable, changeante ?
 (À chaque instant/chaque jour et/ou par période de temps délimitée, 3, 4, 7 jours)
 Depuis quand ?

- Votre enfant est-il très **émotif**, sensible aux **émotions** ? (P.ex. émotions très intenses, difficiles à tolérer et à contrôler, ou retenir ses émotions pour moins les ressentir, ou sentir les émotions des autres)
 - Non
 - Oui, lorsqu'il était plus jeune, vers l'âge de _____
 - Oui, encore aujourd'hui.

Particularités **sensorielles** (tolérance au bruit, aux odeurs, à certaines textures d'aliments ou de vêtements), décrivez :

- Votre enfant est-il très sensible aux **bruits** ou aux **sons** ? (P.ex. réagir aux bruits nouveaux ou forts, à de tout petits sons que vous- n'entendez presque pas, oreille musicale particulière)
 - Non
 - Oui, lorsqu'il était plus jeune, vers l'âge de _____
 - Oui, encore aujourd'hui.
- Votre enfant est-il très sensible aux **goûts** ? (P.ex. réagir aux textures, à la nouveauté, aimer des goûts rares pour son âge ou aimer très peu d'aliments)
 - Non
 - Oui, lorsqu'il était plus jeune, vers l'âge de _____
 - Oui, encore aujourd'hui.
- Votre enfant est-il très sensible au **toucher** ? (P.ex. n'aime pas certains tissus ou étiquettes, extrêmement colleur ou ne pas aimer être touché, se tenir près des autres ou être envahi par leur proximité)
 - Non
 - Oui, lorsqu'il était plus jeune, vers l'âge de : _____
 - Oui, encore aujourd'hui.
- Votre enfant est-il très sensible aux **odeurs** ? (P.ex. réagir aux odeurs nouvelles ou intenses, sentir des choses que vous-même ne sentez pas)
 - Non
 - Oui, lorsqu'il était plus jeune, vers l'âge de : _____
 - Oui, encore aujourd'hui.

Difficultés **de motricité globale** (marche, course, maladresse), décrivez :
 Depuis quand ?

Difficultés **de motricité fine** (utilisation des ustensiles, des ciseaux, dextérité, attacher des boutons) d'écriture/calligraphie (prise du crayon, douleur, fatigue, espacement et formation des lettres), décrivez :
 Depuis quand ?

Difficultés **de langage** (compréhension orale, expression verbale, fluidité de la parole), décrivez :
 Depuis quand ?

Autres, décrivez :
 Depuis quand ?

Histoire de la naissance

Grossesse

- Normale, sans complication
- Avec complications, décrivez :
- Médicaments, drogue, décrivez :
- Alcool, quantité :
- Tabac, quantité :
- Stress majeurs :

Accouchement	<input type="checkbox"/> Accouchement naturel <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/> Normal, sans complication <input type="checkbox"/> Avec complications, décrivez : Ex : forceps, ventouse, manque d'air, autre ? Type de présentation : <input type="checkbox"/> Normal, tête en bas <input type="checkbox"/> Par le siège, fessier en premier Durée du travail : _____ À combien de semaine de grossesse ? _____ <input type="checkbox"/> À terme (37 à 40 semaines) <input type="checkbox"/> Avant terme (36 semaines et moins) <input type="checkbox"/> Après terme (41 semaines et plus)
Poids à la naissance (Voir carnet de santé)	
APGAR (Voir carnet de santé)	(Score de vitalité du nouveau-né composé de 2 ou 3 chiffres entre 0 et 10)
Premières semaines de vie	<input type="checkbox"/> Normales <input type="checkbox"/> Jaunisse <input type="checkbox"/> Difficultés à se nourrir <input type="checkbox"/> Difficultés à dormir <input type="checkbox"/> Difficultés à respirer <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez :

Histoire familiale

Situation familiale	<input type="checkbox"/> Famille naturelle (père et mère ensemble, mariés ou pas) <input type="checkbox"/> Parents séparés/divorcés Votre enfant avait quel âge ? _____ <input type="checkbox"/> Famille recomposée Votre enfant avait quel âge ? _____ <input type="checkbox"/> Père veuf (mère décédée) Votre enfant avait quel âge ? _____ <input type="checkbox"/> Mère veuve (père décédé) Votre enfant avait quel âge ? _____ <input type="checkbox"/> Enfant adopté (pays : _____) À quel âge ? _____ <input type="checkbox"/> En famille d'accueil Votre enfant avait quel âge ? _____	
	Frère(s)	Sœur(s)
	1) Nom : Age actuel : 2) Nom : Age actuel :	1) Nom : Age actuel : 2) Nom : Age actuel :
	Père	Mère
Nom		
Âge		
Scolarité complétée		
Profession, métier		
Langue parlée à la maison	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez :	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez :
	Langue maternelle de l'enfant :	
	Langue de scolarisation (à l'école) :	

	Chez son père	Chez sa mère
Si parents séparés Type de garde :	<input type="checkbox"/> Partagée, jour/sem. _____ <input type="checkbox"/> Visites régulières <input type="checkbox"/> Visite occasionnelles Fréquence _____ Depuis quand ? _____	<input type="checkbox"/> Partagée, jour/sem. _____ <input type="checkbox"/> Visites régulières <input type="checkbox"/> Visite occasionnelles Fréquence _____ Depuis quand ? _____
Si famille recomposée L'enfant vit aussi avec	<input type="checkbox"/> Mon/ma conjoint(e) : Nom : _____ <input type="checkbox"/> Demi-frères/sœurs : 1) Nom : _____ Age : _____ 2) Nom : _____ Age : _____ <input type="checkbox"/> Enfants de mon/ma conjoint(e) : 1) Nom : _____ Age : _____ 2) Nom : _____ Age : _____ <input type="checkbox"/> Autres ? Spécifiez : _____	<input type="checkbox"/> Mon/ma conjoint(e) : Nom : _____ <input type="checkbox"/> Demi-frères/sœurs : 1) Nom : _____ Age : _____ 2) Nom : _____ Age : _____ <input type="checkbox"/> Enfants de mon/ma conjoint(e) : 1) Nom : _____ Age : _____ 2) Nom : _____ Age : _____ <input type="checkbox"/> Autres ? Spécifiez : _____
Depuis quand ? _____ (Chez père)		
_____ (Chez mère)		

Antécédents familiaux

Votre enfant a-t-il déjà reçu un diagnostic de déficit d'attention/hyperactivité, TDA/H ?

- NON**
 Si OUI : À quel âge ? _____ Qui avait fait le diagnostic ? _____

Y a-t-il d'autres membres de sa famille qui ont (ou pourraient avoir) un TDA/H ?

- NON**
 Si OUI, spécifiez (Au besoin, continuez au verso)

Lien familial	Diagnostic ?		Traité ?	
	Oui	Non	Oui	Non
	Oui	Non	Oui	Non
	Oui	Non	Oui	Non
	Oui	Non	Oui	Non

Cochez si présent dans la famille :

1 ^{er} degré Père/mère, frère/sœur,	2 ^e degré Oncle/tante, cousins, grands-parents	
		Difficultés à apprendre, échecs scolaires, retards, etc.
		Difficulté de comportement, opposition
		Comportements à risque, impulsivité
		Déficiência intellectuelle
		Douance, précocité intellectuelle, haut potentiel
		Trouble du spectre autistique
		Troubles anxieux (anxiété généralisée, panique, phobie, etc.)
		Trouble obsessionnel-compulsif
		Trouble de l'humeur (dépression, arrêt de travail, etc.)
		Bipolarité, maniaco-dépression
		Schizophrénie
		Personnalité particulière, traits pathologiques
		Problème/abus de substance, alcoolisme, toxicomanie, etc.
		Histoire de maux de tête - migraines
		Convulsions - épilepsie
		Maladies neurologique/système nerveux (AVC, démence, etc.)
		Maladies cardiaques (arythmie, angine, crise cardiaque, etc.)
		Maladies vasculaires (hypertension, diabète, cholestérol élevé, etc.)
		Hypoglycémie
		Autres ? Spécifiez

Caractéristiques personnelles / Histoire du développement

Préférence manuelle	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Pas de préférence, utilise les deux, décrivez :
Audition	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Problèmes connus, spécifiez (P.ex. surdité, trouble d'audition centrale) : <input type="checkbox"/> Vérifiée , date du dernier examen : _____ (Apportez-le rapport svp) <input type="checkbox"/> Non-vérifiée depuis la naissance <input type="checkbox"/> A eu beaucoup d'otites en bas âge <input type="checkbox"/> A reçu des tubes auditifs (si oui, à quel âge ?) Y a-t-il des problèmes d'audition connus dans votre famille (non liés au vieillissement) ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, spécifiez :
Vision	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Vérifiée , date du dernier examen : _____ (Apportez-le rapport svp) <input type="checkbox"/> Non-vérifiée depuis la naissance <input type="checkbox"/> Problèmes connus, spécifiez : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Se plaint de <u>fatigue oculaire</u> ou de maux de tête après un effort visuel, <input type="checkbox"/> Difficultés à <u>voir en 3 dimensions</u> ou sensibilité au 3D (p.ex. cinéma) <input type="checkbox"/> <u>Daltonisme</u>, mauvaise perception des couleurs, <input type="checkbox"/> <u>Amblyopie</u> ou « Œil paresseux » (les yeux ne convergent pas bien ensemble) <input type="checkbox"/> <u>Strabisme</u> (mauvais alignement des yeux, « loucher ») <input type="checkbox"/> <u>Astigmatisme</u> (anomalie de la courbure de l'�cil, vision floue, déformée) <input type="checkbox"/> <u>Myopie</u> (vision floue quand on regarde les objets éloignés) <input type="checkbox"/> <u>Hypermétropie</u> (vision floue quand on regarde les objets rapprochés) Porte-t-il des lunettes ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (Les avoir pour l'administration des tests) Si oui, depuis quand ?
Sommeil	Heure du coucher : _____ Temps d'endormissement moyen : _____ Durée moyenne du sommeil : _____ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <u>Durée normale</u>, en moyenne 10-13h/jour incluant les siestes (enfants de 3 à 5 ans) ou 9-12h/nuit (enfants de 6 à 12 ans) et 9-10h/nuit (adolescent). <input type="checkbox"/> <u>Petit dormeur</u> : 9h et moins/jour incluant les siestes (enfants de 3 à 5 ans) ou 8h et moins/nuit (enfants de 6 à 12 ans et adolescent). <input type="checkbox"/> <u>Grand dormeur</u> : 14h et plus/jour incluant les siestes (enfants de 3 à 5 ans) ou 13h et plus/nuit (enfants de 6 à 12 ans) et 11h/nuit (adolescent). <input type="checkbox"/> Le sommeil de votre enfant est actuellement normal, satisfaisant, reposant. <input type="checkbox"/> Votre enfant a (ou a eu) des difficultés de sommeil (actuelles ou passées) : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <u>Fatigue</u> (se plaint de mal dormir, semble fatigué, cerné, manque d'énergie), <input type="checkbox"/> <u>Hypersomnie</u> (dort trop pour son âge, dormirait tout le temps), <input type="checkbox"/> <u>Insomnie</u> (sommeil trop court ou insatisfaisant, difficultés à se réveiller), <input type="checkbox"/> <u>Cycle de sommeil décalé ou déréglé</u> (coucher/lever trop tard, à des heures instables), <input type="checkbox"/> <u>Difficultés d'endormissement</u> (plus de 30 minutes, se relève, résiste, peurs), <input type="checkbox"/> <u>Réveils nocturnes</u> (ne se rendort par seul lorsqu'il se réveille), <input type="checkbox"/> <u>Terreurs nocturnes</u> (réveil en panique, 1-2 heures après l'endormissement, durée 1-5 minutes, n'en a pas conscience, ne s'en souvient plus), <input type="checkbox"/> <u>Cauchemars</u> (réveil soudain, angoissé, plutôt en fin de nuit, conscient, s'en souvient), <input type="checkbox"/> <u>Somnambulisme</u> (se déplace en dormant), <input type="checkbox"/> <u>Somniloquie</u> (parle pendant son sommeil), <input type="checkbox"/> <u>Jambes sans repos</u> (très agit� durant son sommeil), <input type="checkbox"/> <u>Ronfle</u> (ou respiration bruyante), <input type="checkbox"/> <u>Bruxisme</u> (grinche des dents, dents usées), <input type="checkbox"/> <u>Apnée du sommeil</u> (cesse de respirer quelques secondes, puis reprend son souffle),

(Sommeil suite)	<p>Les difficultés de sommeil de votre enfant sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Toujours présentes, si oui, depuis quand ? <input type="checkbox"/> Passées. À quelle période de sa vie ? Entre quel âge et quel âge ? <p>Avez-vous consulté un médecin à ce sujet ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si oui, quand ? Et quels ont été les résultats de la consultation ?</p>																											
Appétit	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Perte d'appétit <input type="checkbox"/> Augmentation de l'appétit <input type="checkbox"/> Perte de poids significative (faut changer les vêtements) <input type="checkbox"/> Prise de poids significative (faut changer les vêtements) <p>Depuis quand ?</p>																											
<u>Selon l'âge :</u> Consommation	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Écran (télévision, ordinateur, tablette et téléphone intelligent) Fréquence, quantité par jour/semaine ? Âge de début : _____ <input type="checkbox"/> Tabac : Fréquence, quantité ? Âge de début : _____ <input type="checkbox"/> Alcool : Fréquence, quantité ? Âge de début : _____ <input type="checkbox"/> Caféine, boisson énergie : Fréquence, quantité ? Âge de début : _____ <input type="checkbox"/> Substance, drogue : Fréquence, quantité ? Âge de début : _____ <input type="checkbox"/> Jeux (vidéo, hasard) : Fréquence, quantité ? Âge de début : _____ <p>Croyez-vous que votre enfant/adolescent ait un problème de consommation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, spécifiez : Depuis quand ? Actuel ou passé ? 																											
Traumas, Stress majeurs À quel âge ? Durée ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Non, mon enfant n'en a pas vécu <input type="checkbox"/> Oui, mon enfant en a vécu, spécifiez : <table border="1" data-bbox="359 1355 1353 1630"> <tbody> <tr> <td>Perte ou séparation d'un être cher</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>Abus sexuel</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>Abus physique</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>Abus émotionnel</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>Violence au sein de la famille</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>Négligence</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>Stress familial extrême</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>Problèmes financiers/ pauvreté</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>Mauvaise alimentation</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> </tbody> </table> <p>Autres, spécifiez :</p>	Perte ou séparation d'un être cher	Oui	Non	Abus sexuel	Oui	Non	Abus physique	Oui	Non	Abus émotionnel	Oui	Non	Violence au sein de la famille	Oui	Non	Négligence	Oui	Non	Stress familial extrême	Oui	Non	Problèmes financiers/ pauvreté	Oui	Non	Mauvaise alimentation	Oui	Non
Perte ou séparation d'un être cher	Oui	Non																										
Abus sexuel	Oui	Non																										
Abus physique	Oui	Non																										
Abus émotionnel	Oui	Non																										
Violence au sein de la famille	Oui	Non																										
Négligence	Oui	Non																										
Stress familial extrême	Oui	Non																										
Problèmes financiers/ pauvreté	Oui	Non																										
Mauvaise alimentation	Oui	Non																										
Développement Moteur global (Marche, coordination, mouvement, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Normal, s'est développé comme les autres enfants de son âge (p.ex. se tenait <u>assis</u> sans soutien vers 6-8 mois, a fait quelques <u>premiers pas</u> sans appui vers 12-13 mois, suivis de la <u>marche autonome</u> sans aide et sans soutien mais instable et peu assurée vers 14-16 mois, puis <u>marche assurée</u> vers 18-20 mois, habile en général et en sport). <input type="checkbox"/> En avance, précoce (p.ex. <u>assis</u> sans soutien avant 6 mois, <u>premiers pas</u> vers 9-11 mois, <u>marche autonome</u> vers 11-13 mois, <u>marche assurée</u> vers 15-17 mois, habiletés exceptionnelles très tôt dans un domaine sportif), spécifiez : <input type="checkbox"/> En retard, lenteur (p.ex. <u>marche autonome</u> après 18 mois, difficultés pour marcher, courir, se lever ou s'asseoir, malhabile), spécifiez : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Maladroit <input type="checkbox"/> Se cogne souvent <input type="checkbox"/> Manque d'équilibre <input type="checkbox"/> Manque de coordination <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : 																											

(Développement moteur global suite)	<p>Difficultés d'apprentissage des mouvements suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Marcher <input type="checkbox"/> Courir <input type="checkbox"/> Manger <input type="checkbox"/> S'habiller <input type="checkbox"/> Faire du vélo <input type="checkbox"/> Brosser ses dents <input type="checkbox"/> Attraper, lancer un ballon <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : <p>S'est <u>assis</u> à quel âge ? _____</p> <p>A fait ses <u>premiers pas</u> à quel âge ? _____</p> <p>A commencé la <u>marche autonome</u> à quel âge ? _____</p> <p>A-t-il <u>rampé</u> ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui : à quel âge ? _____ <input type="checkbox"/> Non, il a marché directement ou presque. <p>Est-il habile dans les <u>sports</u> ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui. Lesquels ? <input type="checkbox"/> Non. Pourquoi selon vous ?
Développement Moteur fin (Manipulation de petits objets, gestes précis, écriture, lacer, découper, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Normal, s'est développé comme les autres enfants de son âge (p.ex. <u>préhension volontaire</u> vers 5-6 mois, c'est-à-dire capacité de bien attraper volontairement un objet et <u>affinement de la coordination</u> vers 3 ans, c'est-à-dire capacité d'attraper de petits objets ou bien tenir un crayon, capable de reproduire un cercle entre 3-4 ans). <input type="checkbox"/> En avance, précoce (p.ex. <u>préhension volontaire</u> dès 3-4 mois, <u>affinement de la coordination</u> bien avant 3 ans ou découpait, dessinait déjà bien ou était très habile de ses mains avant 3 ans), spécifiez : <input type="checkbox"/> En retard, lenteur (p.ex. n'aime pas du tout dessiner, difficulté à tenir un crayon ou à découper après l'âge de 4 ans, a pris plus de temps pour écrire des lettres, calligraphie difficile, difficultés à accomplir des gestes fins comme boutonner, lacer, etc.), spécifiez : <p>Difficultés d'apprentissage des gestes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Découper <input type="checkbox"/> Écrire lisiblement <input type="checkbox"/> Lacer ses souliers <input type="checkbox"/> Boutonner <input type="checkbox"/> Tenir un crayon <input type="checkbox"/> Dessiner <input type="checkbox"/> Écrire proprement <input type="checkbox"/> Utiliser des ustensiles <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez :
Langage réceptif (Compréhension orale)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Normal, s'est développé comme les autres enfants de son âge (p.ex. secouait la tête pour dire « non » ou disait « au revoir » de la main et comprenait mots isolés/phrases courtes entre 8-12 mois, comprenait questions/consignes simples de quelques mots entre 12-18 mois, comprenait presque tout ce qu'on lui disait vers 3-4 ans). <input type="checkbox"/> En avance, précoce, spécifiez : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Comprend presque tout ce qu'on lui disait vers l'âge de 2 ans. <input type="checkbox"/> Comprend des concepts et notions abstraites non habituelles à son âge. <input type="checkbox"/> Comprend très rapidement et facilement ce qu'on lui explique. <input type="checkbox"/> Apprend souvent de manière autonome, n'a presque pas besoin d'explications. <input type="checkbox"/> Pose constamment des questions, grand besoin de <i>comprendre</i>, curiosité intense. <input type="checkbox"/> Émet constamment des hypothèses, cherche à faire sens et à comprendre. <input type="checkbox"/> Intérêts très vifs pour des sujets complexes. <input type="checkbox"/> Niveau de connaissance, approfondissement exceptionnel sur ses sujets d'intérêt. <input type="checkbox"/> Besoin de <i>comprendre</i> pour se conformer, suivre une consigne ou une demande, sinon argumente, conteste, etc. <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : <input type="checkbox"/> Retard, lenteur, difficultés, spécifiez : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Difficulté à comprendre les questions/consignes simples à l'âge de 2 ans. <input type="checkbox"/> Difficultés à comprendre les consignes complexes ou les conversations qui sortent de son cadre habituel (p.ex. au-delà de « va mettre tes souliers svp »). <input type="checkbox"/> Semble souvent prendre plus de temps pour comprendre les choses. <input type="checkbox"/> Besoin de beaucoup d'explications supplémentaires. <input type="checkbox"/> Difficulté à comprendre certains concepts abstraits (p.ex. avant/après) <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez :

Langage expressif
 (Expression orale)

- Normal**, s'est développé comme les autres enfants de son âge (p.ex. utilisait ses premiers 3-4 mots vers 9-12 mois, augmentation importante du vocabulaire entre 18-24 mois, premières phrases de 2 mots vers 20-24 mois et phrases de 3 mots et plus et langage plus complexe vers 24-36 mois, au moins 75% de ce qu'il disait pouvait être compris par un étranger à 3 ans).
- En avance**, précoce, précisez :
 - A parlé très tôt (p.ex. premiers 3-4 mots avant 9 mois, augmentation importante du vocabulaire dès 12 mois, premières phrases de 2 mots vers 18 mois ou plus tôt, phrases de 3 mots bien avant 2 ans, était très bien compris même des étrangers bien avant 3 ans).
 - A parlé dans les temps ou même tardivement, mais avec un vocabulaire ou une prononciation hors du commun.
 - Utilisait un langage mature (pas « bébé»), parlait déjà presque comme un adulte vers 2 ans.
 - Précocité remarquée par ses éducatrices, son médecin, ses professeurs ou par les autres parents, par exemple.
 - Parle beaucoup, passionné, aime expliquer les choses et partager ses connaissances.
 - Autres, précifiez :
- En retard**, lenteur, difficultés, précifiez :
 - A parlé plus tard que les autres enfants de son âge (p.ex. premiers mots vers 16-18 mois, premières phrases de 3 mots et + après l'âge de 3 ans).
 - Parle peu, encore aujourd'hui.
 - Bégaiement.
 - Difficultés de prononciation.
 - Retard remarqué par ses éducatrices, ses professeurs, son médecin ou par les autres parents, par exemple.
 - Autres, précifiez :

À dit ses premiers 3-4 mots à quel âge ? _____

À dit ses premières juxtapositions de 2 mots à quel âge ? _____

À dit ses premières phrases de 3 mots et plus à quel âge ? _____

Utilisait un langage mature à quel âge ? _____

Votre enfant présente-t-il actuellement des problèmes de parole ou de langage dans sa langue maternelle ? Précisez :

- Difficulté de prononciation de certains sons, certains mots, etc.
- Manque de fluidité (p.ex. bégaiement, blocage)
- Cherche beaucoup ses mots, ne trouve pas ses mots ou les bons mots,
- Discours désorganisé, difficile à suivre, etc.
- Langage difficile à comprendre pour les personnes qui le connaissent peu/pas
- Autres :

Apprentissage de la propreté

- Normal** s'est développé comme les autres enfants de son âge (propreté de jour acquise entre 2 et 3 ans chez les filles. Entre 3 et 4 ans chez les garçons).
- En avance**, précoce (p.ex. propreté de jour acquise avant 2 ans chez les filles et avant 3 ans chez les garçons) précifiez :
- En retard**, lenteur, difficultés, précifiez :
 - Énurésie, difficulté à retenir son urine
 - Encoprésie, incontinence fécale
 - Jour ou nuit ? _____
 - Présente ou passée ? _____

A été propre de jour à quel âge ? _____

A été propre de nuit à quel âge ? _____

Tempérament et Comportement <u>Entre 0 et 2 ans</u>	<input type="checkbox"/> Facile	<input type="checkbox"/> Difficile
	<input type="checkbox"/> Très rapide dans tout (apprentissage, etc.)	<input type="checkbox"/> Agité, très actif
	<input type="checkbox"/> Craintif, anxieux	<input type="checkbox"/> Dans la lune, distrait, peu attentif et concentré
	<input type="checkbox"/> Colérique, irritable	<input type="checkbox"/> Avec des problèmes de sommeil
	<input type="checkbox"/> Lent à s'ajuster aux nouvelles situations ou personnes	<input type="checkbox"/> Avec des problèmes d'alimentation
	<input type="checkbox"/> Lent à apprendre	<input type="checkbox"/> En retrait, allait peu vers ses parents pour du réconfort

Lorsqu'il était bébé, est-ce qu'on vous disait que votre enfant avait un regard profond, très observateur, vif ou transperçant ?

- Non Oui

Votre enfant était-il (ou est-il présentement) :

- Extrêmement **observateur**, voyant tous les petits détails, même plus que vous ?
 Non Oui, lorsqu'il était plus jeune, vers l'âge de : _____
 Oui, encore aujourd'hui.
- Difficile à **endormir** ou dormant peu ? comme s'il avait besoin de peu de sommeil pour fonctionner ou que ses pensées ne s'arrêtaient pas.
 Non Oui, lorsqu'il était plus jeune, vers l'âge de : _____
 Oui, encore aujourd'hui.
- Très sensible à **l'injustice** ? (P.ex. gestes injustes, inégalités, envers lui-même, les autres, dans le monde)
 Non Oui, lorsqu'il était plus jeune, vers l'âge de : _____
 Oui, encore aujourd'hui.
- Recherche la **perfection** ? (P.ex. beauté des choses et de son environnement, niveau de compréhension, performance, comme s'il n'est jamais satisfait)
 Non Oui, lorsqu'il était plus jeune, vers l'âge de : _____
 Oui, encore aujourd'hui.
- Immense **besoin de créer**, très créatif ? (P.ex. musique, arts, projets, construction)
 Non Oui, lorsqu'il était plus jeune, vers l'âge de _____
 Oui, encore aujourd'hui.
- Inquiétudes ou **peurs non conventionnelles** pour son âge (P.ex. peur de la mort à 3-5 ans, de la fin du monde à cause du réchauffement de la planète)
 Non Oui, lorsqu'il était plus jeune, vers l'âge de _____
 Oui, encore aujourd'hui.

Votre enfant a-t-il été vu par un spécialiste à l'école, à l'hôpital, en clinique privée ?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> Travailleur(se) social(e) | <input type="checkbox"/> Neurologue |
| <input type="checkbox"/> OUI, spécifiez : | <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| | <input type="checkbox"/> Psychothérapeute | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| | <input type="checkbox"/> Psychiatre | <input type="checkbox"/> Orthopédagogue |
| | <input type="checkbox"/> Psychoéducateur | <input type="checkbox"/> TES (Éducation Spécialisée) |

	Professionnel 1	Professionnel 2	Professionnel 3
Pour quel problème ?			
Type de professionnel ?			
Nom du professionnel			
Âge du début			
Âge de la fin			
À quelle fréquence ?			
Bénéfice ?			
Si oui, spécifiez :			
Raison de l'arrêt			

Au besoin, continuez au verso svp.

Votre enfant a-t-il déjà pris des médicaments pour un problème psychologique ou psychiatrique ? (TDA/H, anxiété, humeur, ou autre)

- NON**
 OUI, spécifiez :

	Médicament 1	Médicament 2	Médicament 3
Nom du médicament			
Prescrit par			
Âge du début			
Âge de la fin			
Pour quels problèmes ?			
Dose quotidienne totale			
Bénéfice ? Si oui, spécifiez :			
Effets secondaires ? Si oui, spécifiez :			

Au besoin, continuez au verso ou demandez la liste de ses médicaments à la pharmacie

Votre enfant a-t-il vécu une des situations médicales suivantes ?

- NON**
 OUI, cochez dans les colonnes qui s'appliquent à votre enfant/adolescent

Spécifiez l'âge exact svp	0-5 ans	6-11 ans	12-17 ans
Otites à répétition			
Pose de tubes auditifs			
Problèmes de thyroïde, type ?			
Syndrome de Tourette, tics			
Trouble alimentaire			
Trouble anxieux			
Trouble dépressif			
Commotion cérébrale, si oui, combien, quand ?			
Évanouissements, perte de conscience, spécifiez :			
Convulsions, épilepsie, spécifiez :			
Allergies, si oui, lesquelles ?			
Asthme			
Maux de tête, migraines			
Méningite			
Fractures, spécifiez :			
Accidents, spécifiez :			
Visites fréquentes à l'urgence, spécifiez :			
Hospitalisations, si oui, quand ? Raisons ?			
Problèmes hormonaux, spécifiez :			
Problèmes de croissance, spécifiez :			
Problèmes de peau, spécifiez :			
Maladies cardiaques, cardiovasculaire, spécifiez :			
Diabète, quel type ?			
Autres, spécifiez :			

Au besoin, continuez au verso svp


Votre enfant prend-t-il présentement de la médication pour une condition médicale ?

- NON**
 OUI, spécifiez :

	Médicament 1	Médicament 2	Médicament 3
Nom du médicament			
Pour quels problèmes ?			
Dose quotidienne totale			

Au besoin, continuez au verso ou demandez la liste de ses médicaments à la pharmacie

Fonctionnement social et relationnel
Votre enfant a-t-il vécu une des situations suivantes ?

- NON**
 OUI, cochez dans les colonnes qui s'appliquent à votre enfant

	<u>Spécifiez l'âge exact svp</u>		
	0-5 ans	6-11 ans	12-17 ans
Semblé avoir beaucoup de sensibilité, d'empathie envers les autres			
Préférer la compagnie des adultes ou des enfants plus vieux que lui			
Été trop inquiet de ce que les autres pensent ou font			
S'empêcher à cause du jugement des autres			
Refuser de manger devant les autres			
Souffert d'intimidation			
Rejet, isolement, sentiment d'abandon Si oui, de la part de qui ?			
Sentiment d'avoir peu d'amis			
Peu d'intérêt à entrer en relation			
Difficulté à comprendre les relations, situations sociales, signes non verbaux (ex. expression visage)			
Intimidé les autres			
Vécu beaucoup de disputes, de conflits			
Été constamment mêlé aux problèmes des autres			
Eu des comportements agressifs, vengeurs, méchants			
Semblé manquer d'empathie ou de compassion pour les autres			
Sentiment de trahison, de bris de confiance			
Souffert de violence verbale ou physique			

Autre(s) difficulté(s) relationnelle(s), spécifiez :

Apprentissage et fonctionnement scolaire

La période des devoirs et d'études est :	<input type="checkbox"/> Facile <input type="checkbox"/> Difficile
	Durée :
	Décrivez :
La relation avec son/ses enseignants est :	<input type="checkbox"/> Généralement bonne <input type="checkbox"/> Souvent difficile
	Décrivez :
A-t-il déjà eu une (ou des) mauvaise expérience relationnelle avec un(e) enseignant(e)	Si oui, décrivez :
	En quelle(s) année(s) :
La relation avec les spécialistes (P.ex. professeur d'anglais, d'éducation physique, remplaçant, etc.) est :	<input type="checkbox"/> Généralement bonne <input type="checkbox"/> Souvent difficile
	Décrivez :

Cochez dans les colonnes pertinentes pour votre enfant :

Apprentissage dans la langue d'enseignement principale, p.ex. en français (lecture, écriture)			
	Retard, difficultés	Rythme normal	Rapidité, précocité
Alphabet			
Sons des lettres (ce qui lui permet de les reconnaître)			
Lecture			
Calligraphie (former ses lettres et les mots de manière lisible)			
Orthographe des mots, accords des verbes, grammaire			
Structure des phrases et ponctuation			
Organisation des idées pour produire un texte cohérent			
Apprentissage en mathématiques			
Séquences de chiffres (1 à 10, à 100, à 1000, etc.)			
Additions (+)			
Soustractions (-)			
Multiplications (x)			
Tables de multiplication			
Divisions (÷)			
Résolution de problèmes, raisonnement mathématique			

N'oubliez pas d'apporter tous les bulletins de votre enfant/adolescent, et ce, depuis le début de sa scolarité svp, leur analyse détaillée est très importante pour nous.



Cochez dans les colonnes pertinentes pour votre enfant :

À l'école primaire			À l'école secondaire		Au cégep	
Ses notes étaient/sont généralement :			<input type="checkbox"/> Non fréquenté		<input type="checkbox"/> Non fréquenté	
<input type="checkbox"/> Très au-dessus de la moyenne <input type="checkbox"/> Au-dessus de la moyenne <input type="checkbox"/> Dans la moyenne, comme les autres <input type="checkbox"/> Généralement sous la moyenne			<input type="checkbox"/> Très au-dessus <input type="checkbox"/> Au-dessus <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sous la moyenne		<input type="checkbox"/> Très au-dessus <input type="checkbox"/> Au-dessus <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sous la moyenne	
Aime l'école en général	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Aime lire (prend un livre de lui-même, lit des romans, parle de livres, etc.)	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Échoué une année/un cours/ si oui, laquelle/lesquelles ?	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Reprit une année/cours/session si oui, laquelle/lesquelles ?	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Fait très peu d'efforts	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Été désorganisé	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Été en classe spéciale si oui, laquelle/lesquelles ?	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Étiqueté par l'école, problèmes de comportement	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Difficultés d'apprentissage	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Reçu l'aide d'un tuteur	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Été suspendu	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Été expulsé	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Manquements (p.ex. pour oublis, devoirs non-faits, etc.)	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Beaucoup de retards	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Difficultés de lecture	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Problèmes en calcul	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Problèmes d'écriture	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Problèmes en résolution de problèmes						
Performances variables	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Ne pas performer selon son potentiel	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Motivation variable, liée à l'intérêt ou à l'enseignant	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
S'ennuyer à l'école, manquer de stimulation	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

Votre enfant présente-t-il une (ou +) **aptitude naturelle visiblement exceptionnelle pour son âge** et donc fréquemment soulignée par les adultes qui le côtoient (p.ex. famille élargie, professeurs, entraîneurs) et/ou un (ou +) **talent confirmé par ses performances exceptionnelles et remarquées dans un domaine scolaire** (compétences académiques, etc.) **ou extérieur à l'école** (compétition, distinction, etc.) :

<u>Aptitude naturelle exceptionnelle</u> Dans une (ou +) des dimensions suivantes :	<u>Talent confirmé par ses performances</u> Dans un (ou +) domaines d'activité suivants :
<input type="checkbox"/> Physique / motricité globale (p.ex. coordination motrice, précision des mouvements, endurance, souplesse), <u>spécifiez</u> :	<input type="checkbox"/> Académique / scolaire (p.ex. excellence en éducation physique), <u>spécifiez</u> : À l'extérieur de l'école : <input type="checkbox"/> Sport (p.ex. pratique d'un sport particulier, activités physiques en général), <u>spécifiez</u> : <input type="checkbox"/> Danse , <u>spécifiez</u> : <input type="checkbox"/> Autres , <u>spécifiez</u> :
<input type="checkbox"/> Musicale (p.ex. oreille musicale, mémoire des mélodie, rythme, comprendre, apprécier et créer de la musique), <u>spécifiez</u> :	<input type="checkbox"/> Académique / scolaire (p.ex. excellence dans les cours de musique), <u>spécifiez</u> : À l'extérieur de l'école : <input type="checkbox"/> Chant (p.ex. chanter juste), <u>spécifiez</u> : <input type="checkbox"/> Apprentissage d'un instrument , <u>spécifiez</u> : <input type="checkbox"/> Autres , <u>spécifiez</u> :
<input type="checkbox"/> Raisonnement logique et/ou mathématiques (p.ex. capacités d'analyse, de réflexion logique, d'adaptation et de résolution de problèmes, pensées intuitives, perspicaces et lucides), <u>spécifiez</u> :	<input type="checkbox"/> Académique / scolaire (p.ex. excellence en calcul, résolution de problèmes, raisonnement mathématique, sciences, univers social), <u>spécifiez</u> : À l'extérieur de l'école : <input type="checkbox"/> Échecs , <u>spécifiez</u> : <input type="checkbox"/> Autres , <u>spécifiez</u> :
<input type="checkbox"/> Langagière ou verbale (p.ex. compréhension orale et qualité de l'expression verbale et écrite, compréhension des concepts abstraits ou complexes, apprentissage des langues), <u>spécifiez</u> :	<input type="checkbox"/> Académique / scolaire (p.ex. excellence en lecture, écriture, oral, langue seconde), <u>spécifiez</u> : À l'extérieur de l'école : <input type="checkbox"/> Apprentissage des langues (p.ex. anglais, espagnol), <u>spécifiez</u> : <input type="checkbox"/> Autres , <u>spécifiez</u> :
<input type="checkbox"/> Mémoire et apprentissage général (p.ex. rapidité et facilité d'apprentissage, quantité de connaissances, en général ou dans un domaine d'intérêt spécifique), <u>spécifiez</u> :	<input type="checkbox"/> Académique / scolaire (p.ex. excellence dans certaines matières ou dans la plupart des matières), <u>spécifiez</u> : À l'extérieur de l'école : <input type="checkbox"/> Quantité de connaissances générales ou spécifiques à un domaine, <u>spécifiez</u> :
<input type="checkbox"/> Artistique (p.ex. motricité fine, coup de crayon, perception visuelle, reproduction d'images, appréciation d'œuvres, sens de l'esthétisme, besoin de créer et s'exprimer par l'art, jeu théâtral), <u>spécifiez</u> :	<input type="checkbox"/> Académique / scolaire (p.ex. excellence en arts plastiques ou dramatiques, danse), <u>spécifiez</u> : À l'extérieur de l'école : <input type="checkbox"/> Arts plastiques (p.ex. dessin), <u>spécifiez</u> : <input type="checkbox"/> Arts dramatiques (p.ex. théâtre), <u>spécifiez</u> : <input type="checkbox"/> Danse (p.ex. expression corporelle), <u>spécifiez</u> : <input type="checkbox"/> Autres , <u>spécifiez</u> :



SUITE <u>Aptitude naturelle exceptionnelle</u> Dans une (ou +) des dimensions suivantes :	<u>Talent confirmé par ses performances</u> Dans un (ou +) domaines d'activité suivants :
<input type="checkbox"/> Spatiale (p.ex. sens de l'orientation et des relations entre les objets dans l'espace, créer une image mentale, recourir à la métaphore pour illustrer une idée, se positionner dans un monde virtuel ou en 3 dimensions tel que dans un jeu vidéo, construire des objets), <u>spécifiez</u> :	<input type="checkbox"/> Académique / scolaire (p.ex. excellence en géométrie, géographie, etc.), <u>spécifiez</u> : <u>À l'extérieur de l'école :</u> <input type="checkbox"/> Jeux vidéo <input type="checkbox"/> Domaine technique ou mécanique , <u>spécifiez</u> : <input type="checkbox"/> Sport (p.ex. plongeon, trampoline), <u>spécifiez</u> : <input type="checkbox"/> Cube Rubik™ <input type="checkbox"/> Lego™ <input type="checkbox"/> Autres , <u>spécifiez</u> :
<input type="checkbox"/> Intrapersonnelle (p.ex. sensibilité envers soi-même, envers ses propres forces, ses limites ou ses émotions, chercher à se connaître, se comprendre, s'expliquer, capacité à entrer en contact avec ses émotions et à les ressentir), <u>spécifiez</u> :	<input type="checkbox"/> Académique / scolaire (p.ex. excellence en arts dramatiques), <u>spécifiez</u> : <u>À l'extérieur de l'école :</u> <input type="checkbox"/> Théâtre , <u>spécifiez</u> : <input type="checkbox"/> Autres , <u>spécifiez</u> :
<input type="checkbox"/> Interpersonnelle (p.ex. empathie, sensibilité et compréhension des autres, aptitudes sociales et de communication, agir comme leader), <u>spécifiez</u> :	<input type="checkbox"/> Travail en équipe, <input type="checkbox"/> Leadership, <input type="checkbox"/> Engagement social ou communautaire , <u>spécifiez</u> : <input type="checkbox"/> Autres , <u>spécifiez</u> :
<input type="checkbox"/> Existentielle (p.ex. se poser de grandes questions sur l'existence, la vie, la mort, la spiritualité, etc.), <u>spécifiez</u> :	<input type="checkbox"/> Académique / scolaire (p.ex. excellence en histoire, éthique et culture religieuse), <u>spécifiez</u> : <input type="checkbox"/> <u>À l'extérieur de l'école</u> , <u>spécifiez</u> :
<input type="checkbox"/> Naturaliste (p.ex. compréhension et sensibilité au monde vivant et à l'environnement, comme les plantes ou les animaux), <u>spécifiez</u> :	<input type="checkbox"/> Académique / scolaire (p.ex. excellence en biologie, minéralogie, sciences), <u>spécifiez</u> : <input type="checkbox"/> <u>À l'extérieur de l'école</u> , <u>spécifiez</u> :
<input type="checkbox"/> Créative (p.ex. flexibilité mentale, quantité d'idées originales, capacité d'innovation et d'adaptation capacité de « voir autrement »), <u>spécifiez</u> :	<input type="checkbox"/> Académique / scolaire (p.ex. excellence en production écrite, arts, projets), <u>spécifiez</u> : <input type="checkbox"/> <u>À l'extérieur de l'école</u> , <u>spécifiez</u> :
<input type="checkbox"/> Morale (p.ex. sens de la justice, intégration des règles sociales et recherche de conformité, souci pour le bien commun, jugement moral fondé sur des valeurs humaines universelles), <u>spécifiez</u> :	<input type="checkbox"/> Académique / scolaire (p.ex. excellence en éthique et culture religieuse), <u>spécifiez</u> : <u>À l'extérieur de l'école :</u> <input type="checkbox"/> Engagement social ou communautaire , <u>spécifiez</u> : <input type="checkbox"/> Autres , <u>spécifiez</u> :