



Les informations que vous aurez la gentillesse de nous communiquer ci-dessous seront reçues dans le respect des règles légales et déontologiques de confidentialité et de protection de la vie privée. Elles nous aideront à mieux cerner votre enfant, dans le cadre de notre mission de tutelle psycho-médico-sociale et d'accompagnement de sa scolarité. Nous vous remercions de bien vouloir nous faire parvenir ce document si vous l'avez complété (sous enveloppe fermée en y indiquant le nom, le prénom, l'école et la classe de votre enfant, par mail ou par courrier).

Madame, Monsieur, chers parents,

Votre enfant se trouve en classe de 3<sup>ème</sup> maternelle, année scolaire pendant laquelle il se prépare aux apprentissages de l'école primaire. En partenariat avec l'école, nous sommes spécialement attentifs aux enfants de cette classe, puisque cette année est importante pour leur développement et leur adaptation scolaire. Nous aurons donc des moments de rencontre avec les enseignantes et nous aurons l'occasion de faire des observations avec quelques enfants pour lesquels des questions se posent. A la suite de ces observations, des échanges avec les enseignantes ainsi qu'avec vous pourraient avoir lieu, soit dans le cadre d'une réunion au sein de l'école, soit à votre initiative.

Nous tenons à vous rappeler que :

- Les centres P.M.S. libres sont subventionnés par la Fédération Wallonie Bruxelles. Nos prestations sont donc gratuites.
- Nous sommes des partenaires permanents et privilégiés des écoles mais nous sommes indépendants de celles-ci, tout comme le sont nos avis, par ailleurs consultatifs. Nous sommes également tenus au respect du secret professionnel.
- Tout élève peut bénéficier des interventions de notre centre PMS en réponse et dans le respect des demandes qui nous sont adressées. La législation prévoit toutefois que vous puissiez refuser à priori la guidance individuelle de votre enfant par le Centre PMS. Si tel était votre souhait, vous devez prendre contact avec le directeur du Centre, Monsieur Tanguy Le Grelle, qui vous fera parvenir un formulaire à compléter.

Vous trouverez un descriptif des activités d'un centre PMS ainsi que toutes nos références sur notre site [www.pms-wavre2.be](http://www.pms-wavre2.be).

L'équipe du Centre PMS

Nom et prénom de l'enfant :		Date de naissance :	Nationalité :	
Adresse :		Code postal :	Localité :	
Téléphone :	GSM maman :	GSM papa :		
Ecole fréquentée actuellement :			Classe :	
Ecole fréquentée antérieurement :			Classe :	
	NOM	PRENOM	AGE	Profession ou études en cours
Parents				
Beaux-parents				
Enfant 1				
Enfant 2				
Enfant 3				
Enfant 4				

Votre enfant vit-il avec :  son papa  sa maman  alternativement avec l'un et l'autre  autre situation .....

L'langue(s), dialecte(s) parlé(s) en famille : .....

Certains faits sont-ils survenus dans la famille ?  décès -  séparation -  divorce -  remariage -  adoption -  expatriement

A-t-il bénéficié ou bénéficie-t-il encore d'une aide particulière (logopédie, psychomotricité,...) ? Quand et avec qui ?

.....

### Votre enfant et l'école

Votre enfant a-t-il fréquenté  la crèche  une gardienne  autre solution de garde : .....

Comment s'est passée son entrée en maternelles (âge, attitude, ...) ? .....

Cette année, votre enfant aime-t-il aller à l'école ?  OUI -  NON y va-t-il de manière régulière ?  OUI -  NON

Qu'auriez-vous à dire concernant son adaptation à l'école : .....

## La personnalité de votre enfant

Pose-t-il beaucoup de questions ?	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	Est-il intéressé par ce qui l'entoure ?	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
Est-il attiré par les livres ?	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	A-t-il envie d'apprendre ?	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
Est-il observateur et curieux ?	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	Mémorise-t-il facilement ?	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON

Attitude de votre enfant en famille (soulignez les termes qui le caractérisent le mieux) :

Communicatif – ouvert- fermé – parvient à faire sa place – accaparant – exige beaucoup d'attention – passerait vite inaperçu – autonome et indépendant dans ses occupations – dépendant de son entourage – très souvent en conflit – parle peu – jaloux – affectueux – boudeur – s'entend avec tout le monde – triste – joyeux - .....

## La santé de votre enfant

La grossesse s'est-elle bien déroulée ?  OUI -  NON Votre enfant est-il né à terme ?  OUI -  NON

Si non : que s'est-il passé ? .....

Avez-vous des remarques à formuler concernant l'accouchement ?  OUI -  NON

Si oui, lesquelles (Ventouse, Forceps, césarienne, couveuse, réanimation, ...) ? .....

Poids de naissance de votre enfant : .....

Votre enfant est-il propre ? le jour :  OUI (depuis.....) -  NON / la nuit :  OUI (depuis.....) -  NON

A-t-il eu ou a-t-il encore ?

<input type="checkbox"/> Convulsions	<input type="checkbox"/> Problèmes d'alimentation	<input type="checkbox"/> Accidents	<input type="checkbox"/> Malformations
<input type="checkbox"/> Allergies - <input type="checkbox"/> asthme - <input type="checkbox"/> Eczéma	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Diabète	
<input type="checkbox"/> Hospitalisation	<input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale	<input type="checkbox"/> Séquelles de maladies infantiles	
<input type="checkbox"/> Traitements médicamenteux (si oui, lequel ?)			
<input type="checkbox"/> Maladies / Syndrome / Autre (si oui, lequel, expliquez ?)			

Votre enfant est-il suivi par  un pédiatre -  un médecin traitant -  l'ONE

Quel est l'état de santé de votre enfant ? .....

Quelle est la qualité et la durée de son sommeil : .....

Votre enfant a-t-il des problèmes de vue et /ou d'audition ?  OUI -  NON Si oui, merci de préciser : .....

## Psychomotricité

A quel âge votre enfant a-t-il marché : .....

Qualité de sa motricité (mettez une croix dans chaque case qui correspond le mieux à votre enfant) :

<input type="checkbox"/> chutes fréquentes	<input type="checkbox"/> bon équilibre	<input type="checkbox"/> fonceur	<input type="checkbox"/> adroit de ses mains	<input type="checkbox"/> ose courir
<input type="checkbox"/> raide	<input type="checkbox"/> ne mesure pas le danger	<input type="checkbox"/> ose sauter / grimper	<input type="checkbox"/> à l'aise dans son corps	<input type="checkbox"/> maladroit
<input type="checkbox"/> souple	<input type="checkbox"/> prudent	<input type="checkbox"/> colorie bien	<input type="checkbox"/> craint l'eau	<input type="checkbox"/> renverse facilement

Est-il :  gaucher -  droitier -  encore indécis

## Langage

A quel âge votre enfant a-t-il commencé à parler : .....

Qualité de son langage :

<input type="checkbox"/> évolué	<input type="checkbox"/> satisfaisant	<input type="checkbox"/> imprécis	<input type="checkbox"/> en retard
<input type="checkbox"/> bégaiement	<input type="checkbox"/> défaut d'articulation	<input type="checkbox"/> déforme certains mots	<input type="checkbox"/> défaut de prononciation
<input type="checkbox"/> difficultés de construction de phrases		<input type="checkbox"/> non utilisation du « je »	

Y a-t-il d'autres éléments sur lesquels vous désirez attirer notre attention (sur le plan de la santé, de la famille, de l'école ...) ?

.....  
 .....

Date : ..... Votre nom et votre signature : .....

Je suis :  maman -  papa -  belle-mère -  beau-père -  autre responsable de l'enfant

Il arrive que le Centre PMS estime nécessaire de partager certaines informations avec les enseignants dans l'intérêt du suivi de votre enfant. Souhaitez-vous que certaines informations ne soient pas communiquées à l'école ? Si oui, lesquelles ?

Les informations  concernant la situation familiale –  concernant le suivi de votre enfant en dehors de l'école  concernant le comportement / la personnalité de votre enfant –  concernant la santé de votre enfant –  concernant un autre sujet :