



AM GLÄICHGEWICHT

Centre de psychomotricité et de psychologie

2, Brucherstrooss
L-6831 Berbourg

Tél. : 26 71 09 80 - 23
Fax : 26 71 09 80 - 21
www.amgleichgewicht.lu

Nom de l'enfant:

Prénom de l'enfant:

matricule:

né(e) à:

Nationalité:

vit avec/dans: la mère le père grandparents structure d'accueil famille d'hôte

Adresse:

Tél:

GSM:

E-Ma:

Nom/lieu de l'école:..... Classe:

Nom de l'instituteur: Tél:

E-Mail:

Pédiatre :

Nom du père:

matricule :

Nationalité:

Profession: hres/semaine:

ayant l'autorité parentale : oui non

Nom du mère:

matricule :

Nationalité:

Profession: hres/semaine:

ayant l'autorité parentale : oui non

Nom du nouveau/elle partenaire:

matricule :

Nationalité:

Profession: hres/semaine:

ayant l'autorité parentale : oui non

frères et sœurs

Noms	Matricule	Classe	école

Dirigé au Gläichgewicht par:

Quelles sont vos préoccupations concernant votre enfant?

.....
.....
.....

Quelles sont les situations où les problèmes se manifestent le moins?

.....
.....
.....

Qu'attendez vous de la thérapie/consultation?

.....
.....
.....
.....

Conditions d'habitat

Votre enfant partage-t-il sa chambre?

avec:

Dort-il seul dans un lit?

Relations au sein de la famille:

Comment est la relation entre mère et enfant?

Comment est la relation entre père et enfant?

Comment est la relation entre nouveau/elle partenaire et enfant?

Existe-t-il des tensions particulières ou des problèmes entre frères et soeurs?

oui non

Lesquels?

Education:

Par qui votre enfant a-t-il été éduqué jusqu'à présent?

.....

Laquelle des personnes mentionnées a la plus grande influence sur l'enfant? Pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

Décrivez les différences dans les mesures éducatives du père et de la mère:

.....
.....
.....
.....

Evènements particuliers dans la vie familiale:

- parents vivent en séparation depuis:.....
- parents sont divorcés depuis:
- enfant adopté, âge d'adoption: pays d'origine:
- enfant d'un autre mariage
- enfant placé en famille d'accueil, âge de l'enfant lors de la prise en charge:
- décès du père le:
- décès de la mère le:.....
- décès d'une personne de grande importance pour l'enfant le:.....
- remariage ou nouvelle relation d'un des parents (patchwork-family) depuis:
- autres problèmes:

.....
.....
.....

Développement de l'enfant:

Aviez-vous un problème pendant la grossesse?

(p.ex.: contractions précoces, hémorragies, tension, diabète ou autres maladies)

non oui **Lesquels?** **A quel mois?**

Naissance:

à terme jours avant terme jours après terme

maternité, laquelle:

complications pendant l'accouchement (p.ex.: rupture précoce de la poche d'eau, naissance avec ventouse ou forceps, césarienne, problème cardiaque)

Poids à la naissance de l'enfant: g

Taille de l'enfant: cm

Nombre d'APGAR (carnet de prévention):

Décrivez le comportement de l'enfant en tant que nourrisson (p.ex.: pleurs, facile à vivre)

.....
.....

Quel âge avait votre enfant quand il

- a prononcé les premiers mots? mois
- a dit les premières phrases? mois
- a rampé? mois
- a marché seul? mois
- a fait du vélo sans petites roues? ans
- était propre pendant la journée? ans
- était sec pendant la journée? ans
- était propre jour et nuit? ans
- était sec jour et nuit? ans

Organisation du temps libre:

Que fait votre enfant pendant son temps libre? (hobbies, clubs, etc.)

.....
.....
.....

Comment vous occupez-vous de votre enfant pendant son temps libre?

Père:

.....
.....

Mère:

.....
.....
.....

Nouveau/elle partenaire :

.....
.....
.....

Votre enfant est-il capable d'organiser son temps libre de façon autonome?

oui non

Il passe son temps libre

- de préférence seul
- de préférence avec des enfants de son âge
- de préférence avec des adultes

Il a

- beaucoup d'amis
- peu d'amis (1-2)
- pas d'amis
- des amitiés durables (meilleur(e) ami(e))

Votre enfant a-t-il des problèmes avec les enfants de son âge? non oui

Lesquels?

.....

Décrivez la situation des devoirs à domicile (durée, autonomie, etc.)

.....
.....
.....

Qu'appréciez-vous spécialement chez votre enfant? Qu'est ce qui vous satisfait chez lui ?

.....
.....
.....

Dans quelle situation votre enfant demande-t-il votre aide pour résoudre des problèmes?

.....
.....
.....

Dans quelle situation, où et avec qui votre enfant se sent-il à l'aise et peut-il se relaxer ?

.....
.....
.....

Quels services de consultations/médecins avez-vous déjà contactés à propos des difficultés précitées?

.....
.....
.....

Quels autres problèmes ou perturbations de votre enfant, à la maison et à l'école, vous inquiètent? (prière de cocher)

	A la maison	A l'école
Inquiétude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impatience	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ne tient pas en place	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes de concentration	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oublis fréquents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ne respecte pas les règles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entêtement, désobéissance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irritabilité, crise de colère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Destruction d'objets	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportement agressif vis-à-vis des autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Automutilation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mensonges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fuite, vagabondage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportement sexuel étrange	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bolcages, timidité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Découragement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indifférence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manque de motivation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rêveries (jour)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Distract	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peureux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes de contact	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportement étrange en situation de jeu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mouvements inadéquats	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladresse, gaucherie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ne peut pas utiliser des ciseaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Les soussigné(e)s donne(nt)leur accord que les informations, obtenues par la présente, puissent être
registrées et utilisées pour le travail avec l'enfant par les thérapeutes du « AM GLAICHGEWICHT ».
Ces données sont soumises au secret professionnel, ainsi qu'à la loi du 2 août 2002 relative à la protection
des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel.*

Date:

Lieu:

	<u>Nom, prénom</u>	<u>Signature</u>
Père
Mère
Représentant légal