**Profil de départ de l’enfant[[1]](#footnote-1)**

|  |
| --- |
| **A compléter par les parents/ responsables légaux** |
| NOM et prénom : |
| Mère : |
| Père : |
| Autre personne : |
| **NOM et Prénoms de l’enfant :** | Date de naissance : |
| Classe : | Section : | Date d’entrée : |
| Frères et sœurs : NOMS et Prénoms et dates de naissance : |
| **Information sur les langues :** |
| Langues parlées à la maison : |
| Mère : |
| Père : |
| Langues des autres personnes de l’entourage (ex. : gardienne, grands-parents) : |
| Langue dominante chez l’enfant : |

|  |
| --- |
| **Premières expériences collectives :** *Merci de noter la durée effective :* |
| Garderie : | Ecole maternelle : | Autre structure préscolaire : |
| Commentaires : |
| Merci de décrire les actuelles activités périscolaires : |
| **L’enfant et les autres (Me and the others)** |
| **Jeux** |
| *Merci de faire vos remarques à propos des activités de jeux et les jouets que votre enfant apprécie particulièrement.* |
| En famille : |
| Avec les autres enfants : |
| Seul : |
| Commentaires : |

|  |
| --- |
| **L’enfant et le monde (Me and the world)** |
| **Langage** |
| Début du langage (âge) : |
| S’exprime-t-il clairement avec vous ? | Oui | Non |
| Avec les autres ? | Oui | Non |
| Commentaires : |
| **L’enfant et son corps (Me and my body)** |
| **Audition** |
| Son audition a-t-elle déjà été testée ? | Oui | Non |
| Par qui ? |
| Quand ? |
| Commentaires/Résultats : |
| Votre enfant souffre-t-il de fréquents rhumes, nez bouché, etc. ? | Oui | Non |
| **Vue** |
| Sa vue a-t-elle déjà été testée ? | Oui | Non |
| Par qui ? |
| Quand ? |
| Conclusions/Commentaires : |
| **Développement physique** |
| Est-ce que votre enfant a rampé ou marché à 4 pattes ? | Oui | Non |
| Quand a-t-il commencé à marcher ? |
| Peut-il s’habiller tout seul ? | Oui | Non |
| Est-il propre de jour ? | Oui | Non |
| De nuit ? | Oui | Non |
| Peut-il manger tout seul ? | Oui | Non |
| Commentaires : |
| Merci de cocher si votre enfant a déjà utilisé l’un des objets suivants : |
| des stylos/des crayons |  | des pinceaux |  | des perles (à enfiler) |  |
| de la colle |  | de la pâte à modeler |  | des ciseaux |  |
| Commentaires : |
| Existe-t-il une recommandation médicale qui doit être portée à la connaissance de l’enseignant ? |
| **L’enfant en tant qu’individu (Me as a Person)** |
| **A compléter par les parents et l’enfant ensemble** |
| Ce que j’aime et ce qui m’intéresse particulièrement : |
| Ce que je n’aime pas ou déteste : |
| Je suis bon en (activités, domaines) : |
| Ce que je veux apprendre à l’école : |
| Mes amis : |
| Commentaires / Renseignements divers :  |

|  |  |
| --- | --- |
| Signature du/des responsable/s légal/légaux : | Date : |

1. Certaines lignes peuvent être agrandies à l’impression pour laisser aux parents suffisamment de place pour s’exprimer. [↑](#footnote-ref-1)