



(819) 666-2331
info@cpesixsaisons.com
68 Rue Kenosi, Wemotaci, QC GOX 3R0

ANAMNÈSE SOMMAIRE

Nom de l'enfant : _____

Nom du parent/tuteur : _____

Date : ____/____/____

Grossesse

Déroulement de la grossesse (particularité ?) : _____

Type d'accouchement : _____

Durée de la grossesse : _____

Situation familiale

L'enfant demeure avec : _____

Langue parlée à la maison : par la mère : _____ par le père : _____

autres membres de la famille : _____

L'enfant a des frères/soeurs : **Non** **Oui** Combien ? _____

Antécédent familiale

Diagnostique(s) ou autres : _____

Santé

Problème(s) de santé : Non Oui

Si oui, veuillez décrire : _____

Intervention chirurgicale : Non Oui

Si oui, veuillez décrire : _____

Votre enfant a-t-il déjà rencontré un ou des professionnels ci-dessous ? Non Oui

Si oui, veuillez sélectionner les professionnels rencontrés :

Orthophoniste Ergothérapeute Physiothérapeute Audiologiste Psychologue Optométriste
Intervenant social Autre : _____

Pourquoi votre enfant a-t-il rencontré ce ou ces professionnels ? _____

Avez-vous des inquiétudes concernant votre enfant ? Non Oui

Expliquez :

