



**FEUILLES DE RENSEIGNEMENTS**

Coordonnées de l'enfant :

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**Classe fréquentée :** .....

**Ecole :** .....

Observation scolaire ci-jointe à faire remplir

Coordonnées du père :

.....

.....

.....

☎ : .....

@ : .....

Coordonnées de la mère :

.....

.....

.....

☎ : .....

@ : .....

Autorité parentale :

Père

Mère

Langue(s) parlée(s) : .....

Nécessité d'un interprète.

Si oui, quelle langue ? .....

Les parents sont :

Mariés

En concubinage

Divorcés

Célibataires

Autre : .....

Nom du professionnel à l'origine de la demande : .....

Adresse : .....

☎ : ..... @ .....

**Motif de la demande et attente :**

.....

Trouble du langage oral

Trouble du langage écrit

Déficit attentionnel, hyperactivité

Trouble de la coordination ou dyspraxie

Autres .....

**Une orientation spécialisée est-elle envisagée :**  oui  non si oui, laquelle ? .....

L'enfant a-t-il été vu ou est-il suivi :

♦ Par un **médecin** (pédiatre, neuropédiatre, psychiatre, ORL, ophtalmologue,...) :

Nom : .....

Adresse : .....

☎ : .....

Mail : .....@.....

♦ Par un **orthophoniste** : Nom : .....  
Adresse : .....  
☎ : .....  
Mail : .....@.....  
Année du suivi : ..... / .....

♦ Par un **psychologue** : Nom : .....  
(Ou **psychologue scolaire**) Adresse : .....  
☎ : .....  
Mail : .....  
Bilan : Année ..... / .....  
 Oui  Non  Ne sait pas  
Suivi : Année ..... / .....  
 Oui  Non  Ne sait pas

♦ Par un **autre professionnel** (psychomotricien, ergothérapeute, orthoptiste, kinésithérapeute,...) :  
Nom : ..... Spécialité : .....  
Adresse : .....  
☎ : .....  
Mail : .....@.....  
Année du suivi : ..... / .....

Nom : ..... Spécialité : .....  
Adresse : .....  
☎ : .....  
Mail : .....@.....  
Année du suivi : ..... / .....

♦ Dans le cadre d'une **structure** (CMP, CMPP, CAMSP,...) :  
Nom : ..... Spécialité : .....  
Adresse : .....  
☎ : .....  
Mail : .....@.....  
Année du suivi : ..... / .....

♦ Par le **RASED** :  
Nom : .....  
Adresse : .....  
☎ : .....  
Mail : .....@.....  
Année du suivi : ..... / .....

**JOINDRE OU DEMANDER AUX PROFESSIONNELS DE NOUS FAIRE PARVENIR  
LES DIFFERENTS COMPTES-RENDUS DES BILANS  
LE DOSSIER NE POURRA ÊTRE TRAITÉ SANS CES COMPTES-RENDUS**



Centre Référent des Troubles du Langage, des Apprentissages – UF 6815  
Neuropsychologie de l'Enfant  
Service de Pédiatrie 1  
CHU de Hautepierre – Avenue Molière  
67098 STRASBOURG Cedex  
☎ 03.88.12.83.28 ou 03.88.12.84.61– Fax : 03 88 12 83 30

## RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

Un bilan d'évaluation a été demandé au Centre Référent des Troubles du Langage, des Apprentissages. Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir répondre à l'ensemble du questionnaire ; vos observations nous aideront dans l'évaluation des difficultés éventuelles de l'enfant.

Nom et prénom de l'élève : .....
Classe suivie cette année : .....
Nom de l'enseignant : .....
Adresse de l'établissement : .....
.....
☎ : .....
Nom du psychologue scolaire : .....
☎ : .....@ : .....
Nom du médecin scolaire : .....
☎ : .....@ : .....

La fréquentation de l'école est-elle régulière ?  Oui  Non

❖ Pour chaque domaine, pouvez-vous détailler les difficultés et points forts de l'enfant :

Langage oral expression/compétence	Domaine logico-mathématique
Code écrit	Repérage temps/espace
Motricité globale/fine	Attention/concentration
Socialisation et comportement	Graphisme

❖ Proposez-vous des aménagements en classe, si oui de quelle nature ?

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

❖ L'enfant bénéficie-t-il d'un accompagnement par le RASED ?

.....  
.....

❖ Observation de l'enseignant du RASED ou du psychologue de l'éducation nationale ou du médecin scolaire :

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

❖ Avez-vous des contacts avec les professionnels qui suivent l'enfant (orthophoniste, psychologue, psychomotricien, orthoptiste, ergothérapeute....) ?

.....

❖ Comment est envisagée la suite de la scolarité de l'enfant (maintien, présence d'AVS, orientation spécialisée, ...) ?

.....  
.....

❖ Commentaire(s) :

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



**Centre Référent des Troubles du Langage, des Apprentissages – UF 6815**  
**Neuropsychologie de l'Enfant**  
**Service de Pédiatrie 1**  
**CHU de Hautepierre – Avenue Molière**  
**67098 STRASBOURG Cedex**  
**☎ 03.88.12.83.28 ou 03.88.12.84.61– Fax : 03 88 12 83 30**

**Voici les documents à joindre à votre demande pour que celle-ci puisse être étudiée :**

- Le présent questionnaire complété.
- Le questionnaire médical rempli par pédiatre ou le médecin traitant qui suit l'enfant.
- Les comptes rendus des bilans réalisés auprès des professionnels en libéral.

**L'équipe du CRTLA est à votre disposition pour tout échange dans la mesure du possible et vous remercie pour ces précieuses informations.**

