

## Suivi de l'enfant de 4 ans

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

### Préoccupations spécifiques à discuter avec le médecin

---

---

---

---

### Informations sur la famille

Votre enfant est-il en milieu de garde? Si oui, quel type de milieu? Ou Prématernelle?

---

Comment va votre moral? Vous sentez-vous déprimé(e)?

---

Y a-t-il eu des changements récents dans la famille?

---

Situations stressantes actuelles (logement, insécurité alimentaire, séparation, décès, abus de substance, autres) :

---

Avez-vous un voyage de prévu dans les prochains mois?

---

## Information sur l'alimentation

L'enfant boit-il du lait de vache ou équivalent? ☐ Oui ☐ Non

Quantité

Eau offerte ☐ Oui ☐ Non

Jus offert ☐ Oui ☐ Non

Votre enfant prend-t-il de la vitamine D? ☐ Oui ☐ Non

L'enfant mange les aliments de la famille? ☐ Oui ☐ Non

L'enfant mange seul avec des ustensiles ☐ Oui ☐ Non

Sélectivité ou difficultés alimentaires ☐ Oui ☐ Non

Quelle est la durée du repas?

Donnez-vous des produits naturels à votre enfant? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous végétarien? ☐ Oui ☐ Non

## Informations sur le sommeil

Heures totales de sommeil la nuit : \_\_\_\_\_

Nombre de siestes et durée : \_\_\_\_\_

Difficultés d'endormissement ou réveils nocturnes ☐ Oui ☐ Non

## Informations sur le développement

Votre enfant est-il exposé aux écrans? ☐ Oui ☐ Non

Nombre de minutes par jour? \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant copie un cercle et une croix sans démonstration? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre enfant dessine un bonhomme avec au moins 4 parties du corps?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant connaît la différence entre un garçon et une fille?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant nomme au moins 4 couleurs?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant compte au moins 4 objets?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant comprend certains concepts opposés (long/court, près/loin, dedans/dehors)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant joue à faire semblant avec plusieurs rôles?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant se tient debout sur un pied au moins 4 secondes sans appui?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant attrape une balle qu'on lui lance?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant stabilise son papier lorsqu'il dessine?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant utilise une main de façon préférentielle?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant mange son repas proprement avec des ustensiles?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant s'habille ou se déshabille partiellement sans aide?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant comprend des consignes verbales complexes?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant pose et répond à différents types de questions?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant utilise des verbes conjugués variés?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant utilise adéquatement les pronoms?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant raconte une courte histoire en 2 à 3 phrases?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant parle assez clairement pour être compris la plupart du temps?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant joue avec les autres enfants dans un but commun?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

- |                                                                                  |                              |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Est-ce que votre enfant accepte de mettre fin à une activité sur demande?        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant peut attendre son tour lors d'un jeu de groupe?          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant essaie de réconforter un autre enfant?                   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant exprime ses émotions avec des mots?                      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant bouge peu ou pas un côté du corps par rapport à l'autre? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant a des difficultés à marcher ou dans les escaliers?       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant ne regarde pas la personne lorsqu'on lui parle?          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant semble ne pas bien entendre ou ne pas bien voir?         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant a perdu des habiletés qu'il avait acquises?              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

**Commentaires / Précisions:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---