

## 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?  Oui  Non

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

Commentaires / Précisions: \_\_\_\_\_

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

Commentaires / Précisions: \_\_\_\_\_

## Informations sur le sommeil

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

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

Difficultés d'endormissement ou réveils nocturnes  Oui  Non

Commentaires / Précisions: \_\_\_\_\_

## 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

Commentaires / Précisions: \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant dessine un bonhomme avec au moins 4 parties du corps?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant connaît la différence entre un garçon et une fille?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant nomme au moins 4 couleurs?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant compte au moins 4 objets?  Oui  Non

Commentaires / Précisions: \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant comprend certains concepts opposés (long/court, près/loin, dedans/dehors)?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant joue à faire semblant avec plusieurs rôles?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant se tient debout sur un pied au moins 4 secondes sans appui?  Oui  Non

Commentaires / Précisions: \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant attrape une balle qu'on lui lance?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant stabilise son papier lorsqu'il dessine?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant utilise une main de façon préférentielle?  Oui  Non

Commentaires / Précisions: \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant mange son repas proprement avec des ustensiles?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant s'habille ou se déshabille partiellement sans aide?  Oui  Non

Commentaires / Précisions: \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant comprend des consignes verbales complexes?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant pose et répond à différents types de questions?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant utilise des verbes conjugués variés?  Oui  Non

Commentaires / Précisions: \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant utilise adéquatement les pronoms?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant raconte une courte histoire en 2 à 3 phrases?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant parle assez clairement pour être compris la plupart du temps?  Oui  Non

Commentaires / Précisions: \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant joue avec les autres enfants dans un but commun?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant accepte de mettre fin à une activité sur demande?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant peut attendre son tour lors d'un jeu de groupe?  Oui  Non

Commentaires / Précisions: \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant essaie de réconforter un autre enfant?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant exprime ses émotions avec des mots?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant bouge peu ou pas un côté du corps par rapport à l'autre?  Oui  Non

Commentaires / Précisions: \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant a des difficultés à marcher ou dans les escaliers?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant ne regarde pas la personne lorsqu'on lui parle?  Oui  Non

Commentaires / Précisions: \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant semble ne pas bien entendre ou ne pas bien voir?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant a perdu des habiletés qu'il avait acquises?  Oui  Non

Commentaires / Précisions: \_\_\_\_\_

**Autres Commentaires / Précisions:**

---

---

---

---