

INFORMATIONS SUR L'ENFANT / ANGABEN ZUM KIND

(toutes les informations sont données de manière volontaire et bien sûr soumises à la confidentialité et à la protection des données)

(alle Angaben sind freiwillig, unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutz)

Veuillez remplir en allemand (BITTE IN DEUTSCH AUSFÜLLEN)

Nom Name	Prénom Vorname	Date de naissance / nationalité Geburtsdatum/Nationalität
Quelle personne passe le plus de temps avec l'enfant à la maison ? Welche Person verbringt die meiste Zeit mit dem Kind zuhause?	Frères et sœurs de l'enfant (indiquer uniquement l'âge) Geschwister des Kindes (nur Alter angeben)	Cabinet médical traitant Betreuende ärztliche Praxis

Grossesse et accouchement : ☐ sans particularités
 Schwangerschaft und Geburtsverlauf: ohne Besonderheiten

☐ avec les particularités suivantes :
 mit folgenden Besonderheiten:

☐ naissance prématurée _____ semaine ☐ césarienne ☐ complications
 Frühgeburt _____ Woche Kaiserschnitt Komplikationen

Votre enfant a-t-il eu ou a-t-il les problèmes suivants ?
 Hatte oder hat Ihr Kind folgende Probleme?

☐ bronchite fréquente ☐ asthme ☐ eczéma / neurodermatite
 häufig Bronchitis Asthma Ekzem / Neurodermitis

☐ maux de ventre fréquents ☐ maux de tête fréquents ☐ rhinites fréquentes ou prolongées
 häufig Bauchschmerzen häufig Kopfschmerzen häufig oder lang andauernden Schnupfen

☐ fréquemment des infections de l'oreille moyenne / des problèmes avec les oreilles dernier test auditif _____
 häufig Mittelohrentzündungen/ Probleme mit den Ohren letzter Hörtest

☐ allergique à _____
 Allergie gegen

☐ crampes (convulsions cérébrales) _____
 Krampfanfälle (Gehirnkrämpfe)

☐ autres maladies graves ou chroniques _____
 sonstige ernsthafte oder chronische Erkrankungen

☐ séjours à l'hôpital, opérations ou accidents _____
 Krankenhausaufenthalte, Operationen oder Unfälle

☐ prise de médicaments _____
 Medikamenteneinnahme

Votre enfant a-t-il été ou est-il sous traitement médical ? ☐ non, pas de traitement
 War oder ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? nein, keine Behandlung

☐ traitement ophtalmique ☐ traitement ORL ☐ traitement dentaire ☐ traitement orthodontique
 augenärztliche Behandlung HNO-ärztliche Behandlung zahnärztliche Behandlung kieferorthopäd. Behandlung

☐ autre (par exemple centre socio-pédagogique (SPZ)) _____
 Sonstiges (z.B. SPZ)

Votre enfant a-t-il suivi ou suit-il une thérapie ou des mesures de soutien ? ☐ non, pas de thérapie
 Hatte oder hat Ihr Kind Therapie oder Fördermaßnahmen? nein, keine Therapie

☐ orthophonie / logopédie ☐ physiothérapie ☐ ergothérapie ☐ soins psychologiques
 Sprachtherapie/Logopädie Krankengymnastik Ergotherapie psychologische Betreuung

☐ autre traitement ou thérapie _____
 sonstige Behandlung oder Therapie

Lesquels des énoncés suivants s'appliquent à votre enfant?

Welche der folgenden Angaben treffen auf Ihr Kind zu?

Il pouvait marcher à _____ mois

Es konnte mit _____Monaten frei laufen

– il rampait
ist gekrabbelt

☐ oui ☐ non
ja nein

– parle de manière appropriée pour son âge
spricht altersgemäß

☐ oui ☐ non
ja nein

– il est sec le jour et la nuit
ist tagsüber und nachts trocken

☐ oui ☐ non
ja nein

– il est souvent agité
ist häufig unruhig

☐ oui ☐ non
ja nein

– il a des amis et des camarades de jeu
hat Freunde und Spielkameraden

☐ oui ☐ plutôt non
ja eher nein

– il aime aller au jardin d'enfants
geht gerne in den Kindergarten

☐ oui ☐ plutôt non
ja eher nein

Il a commencé à parler à _____ mois

Es begann mit _____Monaten zu sprechen

– il aime écouter des histoires racontées et lues
hört gerne beim Erzählen und Vorlesen zu

☐ oui ☐ plutôt non
ja eher nein

– peut s'occuper seul
kann sich alleine beschäftigen

☐ oui ☐ plutôt non
ja eher nein

– il se concentre bien dans un groupe
konzentriert sich in der Gruppe gut

☐ oui ☐ plutôt non
ja eher nein

– il peut attendre patiemment
kann geduldig abwarten

☐ oui ☐ plutôt non
ja eher nein

Combien de temps votre enfant passe-t-il avec des appareils électroniques tels que la télévision, le téléphone portable, la tablette, l'ordinateur, les consoles de jeux ?

Wie lange beschäftigt sich ihr Kind mit elektronischen Geräten wie TV, Handy, Tablet, Computer, Spielkonsolen?

Total quotidien environ _____minutes

☐ moins d'une fois par jour

Täglich insgesamt ca. _____Minuten

☐ seltener als täglich**Coordonnées des tuteurs légaux en cas d'histoire migratoire :**

Angaben zu den Erziehungsberechtigten bei Migrationsgeschichte:

Parent 1 Elternteil 1

Nom, prénom _____
Name, Vorname

Compétences linguistiques :
Sprachkenntnisse

Pays d'origine _____
Herkunftsland

☐ Allemand
Deutsch

En Allemagne depuis _____
In Deutschland seit

☐ autre _____
weitere

Parent 2 Elternteil 2

Nom, prénom _____
Name, Vorname

Compétences linguistiques :
Sprachkenntnisse

Pays d'origine _____
Herkunftsland

☐ Allemand
Deutsch

En Allemagne depuis _____
In Deutschland seit

☐ autre _____
weitere

Coordonnées des tuteurs légaux :

Angaben der Erziehungsberechtigten

Activité professionnelle :

Berufliche Tätigkeit:

Parent 1

Elternteil 1

Parent 2

Elternteil 2

Conditions de vie

Lebensform

Garde

Sorgerecht

sans activité professionnelle
nicht erwerbstätig

☐☐

☐ parents naturels
leibliche Eltern

☐ garde partagée
gemeinsames Sorgerecht

temps plein
Vollzeit

☐☐

☐ parent unique
alleinerziehend

☐ garde unique
alleiniges Sorgerecht

temps partiel
Teilzeit

☐☐

☐ modèle alternatif
Wechselmodell

mère / père au foyer
Hausfrau/-mann

☐☐

☐ séparé
in Trennung

congé parental
Elternzeit

☐☐

☐ en couple
in Partnerschaft

retraite anticipée
Frührente

☐☐

☐ parents adoptifs
Pflegeeltern