

اسم الطفل الكامل:

## INFORMATIONS PÉRINATALES

معلومات ما حول الولادة

**ملاحظات حول الحمل:**  
صعوبات في الإنجاب، إخصاب مساعد، مشاكل أثناء الحمل، خطر ولادة مبكرة...

**ملاحظات حول الولادة:**  
ولادة طبيعية، قيصرية، أدوات، خداج، معاناة حول الولادة، إنعاش، وزن عند الولادة، أبقار...

## HISTOIRE FAMILIALE

التاريخ العائلي

**مكان إقامة الطفل:**  
مع أحد الوالدين، كلا الوالدين، أسرة حاضنة، حضانة مشتركة، أجداد...

**الوضع العائلي للوالدين:**  
إذا منفصلين، نظام الحضانة

**الإخوة والأخوات:**  
الاسم والعمر

ما هي اللغات التي يسمعا طفلكم وبأي نسبة؟  
مثال: 80% عربية 20% فرنسية، أو 50% فرنسية 50% إنجليزية

أعلى مستوى دراسي للوالد 1:

أعلى مستوى دراسي للوالد 2:

**إيقاع الأسرة:**  
ساعات العمل، الوقت المتاح للطفل يوميا، تنظيم أوقات الفراغ

## HISTOIRE MÉDICALE

التاريخ الطبي

**السمع:**  
هل تم إجراء مخطط سمعي، تاريخ آخر فحص أنف أذن حنجرة

**البصر:**

نظارات، تاريخ آخر فحص عيون وتقويم بصري

**فحص الأسنان:**

تاريخ تقريبي لآخر زيارة لطبيب الأسنان

**السوابق الطبية للطفل:**

أنف أذن حنجرة (التهابات أذن، لوزتين، لحمية، ربو...)، دخول مستشفى، سقوط، حساسية...

**الحالة الصحية الحالية للطفل:**

أدوية، حساسية، مشاكل صحية...

**السوابق الطبية في الأسرة:**

تأخر في الاكتساب، عسر قراءة/كتابة، أمراض عصبية أو نفسية، توحد، فرط حركة وتشتت انتباه...

**هل هناك متابعات حالية أو سابقة؟**

أخصائي نطق، معالج نفسي حركي، أخصائي تقويم بصري، معالج وظيفي، أخصائي نفسي... خاص أم مؤسسي؟

**DÉVELOPPEMENT LANGAGIER**

التطور اللغوي

هل يبدو طفلكم ضمن المعدل الطبيعي أم واجه صعوبات؟  
مناغاة، عمر الكلمات الأولى، الجمل الأولى، تراجع في النمو...

هل يبدو أن طفلكم يعاني من صعوبات في الفهم الشفهي؟  
هل يجب تكرار التعليمات عدة مرات؟ هل يجد صعوبة في التعليمات المتعددة؟

**DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR ET SENSORIEL**

التطور الحركي والحسي

عمر الزحف على أربع:

عمر المشي:

عمر التحكم في الإخراج:

صعوبات حركية؟

هل هناك خصوصيات حسية؟  
حساسية المفرطة للضوضاء/اللمس/الضوء، بحث عن أحاسيس، حركات متكررة، خصوصيات أخرى

## SOCIALISATION

التنشئة الاجتماعية

وسيلة الحضانه قبل المدرسة:  
في المنزل، حضانه، مربية أطفال

السلوك مع الكبار / الأقران:  
هل لديه أصدقاء، هل يتوجه بسهولة نحو الآخرين...

أنشطة خارج المدرسة؛ الاهتمامات اليومية:

الاهتمام بالكتب:

هل يجرؤ على السؤال عندما لا يعرف أو لا يفهم شيئاً؟

## ALIMENTATION

التغذية

التغذية في الأشهر الأولى:  
صعوبات مع الزجاجه، مشاكل رضاعة، ارتجاع...

الاهتمام بالطعام:

صعوبات مع بعض القوام:

هل هناك منعكس تقيؤ قوي؟ نعم لا

هل توجد حالات اختناق أثناء الأكل/الشرب؟ نعم لا

## PARAFONCTIONS

الوظائف المجاورة

عادات مص (لعبه، لهاية، إبهام) حالية أو سابقة؟

- هل يعاني المريض من الزكام بشكل متكرر؟ نعم لا
- هل يمارس غسل الأنف؟ نعم لا
- إذا نعم: يومياً أم عند الاحتقان؟
- هل يستطيع تنظيف أنفه؟ نعم لا
- هل أصيب بالتهابات في الأذن؟ نعم لا
- هل تم فحص لجام اللسان؟ نعم لا
- التنفس أثناء النهار: أنفي فموي
- التنفس أثناء الليل: أنفي فموي
- شخير: نعم لا
- آثار لعاب على الوسادة أو زوايا الفم: نعم لا
- سيلان لعاب يومي ملحوظ: نعم لا
- صرير الأسنان: نعم لا

## SOMMEIL

النوم

- طقوس النوم: نعم لا

كيف يتم النوم؟

هل هناك استيقاظ ليلي متكرر؟

- هل يبدو النوم مريحاً؟ نعم لا

سوابق عائلية لاضطرابات النوم؟  
انقطاع التنفس أثناء النوم، تنفس فموي

## PARCOURS SCOLAIRE

المسار الدراسي

الصف الحالي؟  
اذكر أي إعادة سنة

هل هناك صعوبات دراسية؟

صعوبات في الانتباه لوحظت في المدرسة أو المنزل؟

تسهيلات مدرسية معتمدة؟  
مثل: ملف MDPH, PAP/PPRE/PAI

كيف يمر وقت الواجبات المنزلية؟

في المنزل، هل يظهر استقلالية وتنظيما؟

هل يبدو طفلكم متأثرا بصعوباته؟

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

معلومات إضافية

هل هناك شيء آخر تودون مشاركته معي وتعتبرونه مهما؟

شكرا لكم على هذه المعلومات القيمة!