

**Clinique de pédopsychiatrie**  
Questionnaire préliminaire de révision

**Identification**

**Enfant/adolescent:**

Nom: .....prénom: ..... âge:  
.....  
Adresse: .....ville.....code postal:  
.....  
Tel: domicile.....travail :  
.....cellulaire :.....  
Date de naissance :.....  
No. assurance-maladie: .....expiration: .....  
Courriel parent:.....  
Médecin généraliste/pédiatre:  
.....

**Mère:**

Nom: ..... prénom: ..... âge:  
.....  
Etat civil: mariée ..... séparée ..... divorcée .....  
Occupation.....

**Père:**

Nom: ..... prénom: ..... âge:  
.....  
Etat civil: marié ..... séparé ..... divorcé .....  
Occupation: .....

**Nouveau conjoint (conjointe):**

père: prénom: .....âge: ..... nombre d'enfants: .....  
Occupation: .....  
mère: prénom: .....âge: ..... nombre d'enfants: .....  
Occupation: .....

**Histoire scolaire de votre enfant, adolescent**

École fréquentée: .....  
Grade académique :.....  
Années scolaires ou matières en  
reprise :.....  
.....  
.....

**Nom du professeur:**

.....Directeur :.....  
Coordonnées de l'école :  
Nom :.....

.....

Adresse : .....tel. : .....

-Évaluation récente

.  
psychologique : .....

.  
orthopédagogique : .....

- Difficultés spéciales :

. lecture, écriture, calcul mental, concentration et  
attention.....

.....

.....

. comportement

.....

.....

.....

. relations aux  
professeurs.....

.....

. relations aux camarades.....

.....

- Activités sportives, parascolaires :

.....

.....

.....

Histoire médical

- dernier examen

.....

Poids actuel : .....grandeur : .....

-



