



# Anamnèse multilingue et interculturelle – Enfants

Scharff Rethfeldt (2022)

\_\_\_\_\_  
Nom, prénom de l'enfant

\_\_\_\_\_  
Date de naissance

\_\_\_\_\_  
Lieu, nationalité(s)

\_\_\_\_\_  
Adresse (rue et n°, code postal, lieu)

\_\_\_\_\_  
Interlocuteur /-trice

\_\_\_\_\_  
Examineur /-trice

\_\_\_\_\_  
Date

## Parents / Personnes en charge

\_\_\_\_\_  
Nom, prénom de la **mère**

\_\_\_\_\_  
Date de naissance

\_\_\_\_\_  
Lieu, nationalité(s)

\_\_\_\_\_  
Adresse (rue et n°, code postal, lieu)

\_\_\_\_\_  
N° de tél.

\_\_\_\_\_  
N° de portable

\_\_\_\_\_  
E-mail

\_\_\_\_\_  
Profession

\_\_\_\_\_  
Emploi actuel / situation privée

\_\_\_\_\_  
Absent / au travail de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heures / le

\_\_\_\_\_  
L – M – M – J – V – S – D  
(entourez la réponse)

\_\_\_\_\_  
Nom, prénom du **père**

\_\_\_\_\_  
Date de naissance

\_\_\_\_\_  
Lieu, nationalité(s)

\_\_\_\_\_  
Adresse (rue et n°, code postal, lieu)

\_\_\_\_\_  
N° de tél.

\_\_\_\_\_  
N° de portable

\_\_\_\_\_  
E-mail

\_\_\_\_\_  
Profession

\_\_\_\_\_  
Emploi actuel / situation privée

\_\_\_\_\_  
Absent / au travail de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heures / le

\_\_\_\_\_  
L – M – M – J – V – S – D  
(entourez la réponse)

\_\_\_\_\_  
Parents vivent ensemble / séparés depuis \_\_\_\_\_ / vivent en Allemagne depuis \_\_\_\_\_  
(entourez la réponse) (date) (date)

\_\_\_\_\_  
status de séjour  
d'établissement

**mère**

ressortissant de l'EEE

Séjour permanent UE

Permis d'établissement

Permis de résidence

Visa

Asile

\_\_\_\_\_

**père**

ressortissant de l'EEE

Séjour permanent UE

Permis d'établissement

Permis de résidence

Visa

Asile

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médecin référent / en charge

\_\_\_\_\_  
Nom de la caisse d'assurance maladie

**Fratrerie / autres membres de la famille**

\_\_\_\_\_  garçon  fille  
 Nom, prénom Date de naissance Lieu de naissance

\_\_\_\_\_  garçon  fille  
 Nom, prénom Date de naissance Lieu de naissance

\_\_\_\_\_  garçon  fille  
 Nom, prénom Date de naissance Lieu de naissance

Autres personnes vivant dans le ménage \_\_\_\_\_

Votre enfant est-il adopté?  non  oui, quand et de quel pays? \_\_\_\_\_**Motif de l'inscription**

Quelle est la raison de votre visite? \_\_\_\_\_

Qui a découvert les difficultés en premier? Quand? \_\_\_\_\_

Qu'est-ce qui a été entrepris jusqu' à présent? \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il d'autres particularités?  non  oui, lesquelles? \_\_\_\_\_**Grossesse, naissance et maladie**Comment s'est passée la grossesse?  sans problème  problématiqueAvez-vous fait des fausses couches ou un accouchement prématuré?  non  ouiEtiez-vous malade pendant la grossesse?  non  ouiAvez-vous pris des médicaments?  non  ouiAvez-vous fumé?  non  ouiVotre enfant est-il venu à terme?  oui  non, \_\_\_SG

Poids à la naissance \_\_\_\_\_ g taille \_\_\_\_\_ cm score d'APGAR \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

La naissance était?  spontanée  césarienne  forceps  
 ventouse obstétricale  autresY-a t'il eu des complications chez l'enfant après la naissance?  non  oui: \_\_\_\_\_Allaitement?  oui, combien de temps? \_\_\_\_\_ mois  non, parce que \_\_\_\_\_Qui a allaité l'enfant?  sa mère  une autre femme  l'enfant a pris le biberonVotre enfant a déjà été hospitalisé?  non  oui, parce que \_\_\_\_\_Votre enfant a-t'il déjà été opéré?  non  oui, parce que \_\_\_\_\_A-t'il eu des amygdalites purulentes?  non  oui, combien et quand? \_\_\_\_\_Les *amygdales* / *polypes* ont-ils été enlevés?  non  oui, quand? \_\_\_\_\_A-t'il eu des otites moyennes?  non  oui, combien et quand? \_\_\_\_\_A-t'il eu des otites moyennes avec épanchement?  non  oui, combien et quand? \_\_\_\_\_Dernier test auditif le \_\_\_\_\_ chez \_\_\_\_\_ résultat:  normal  pas dans la normeA-t'il des allergies?  non  oui, lesquelles? \_\_\_\_\_Prend-il des médicaments régulièrement?  non  oui, lesquels? \_\_\_\_\_

Quelles maladies a-t'il eues?

Rougeole  Varicelle  Scarlatine  Coqueluche  Asthme

Oreillons  Névrodermite  Rubéole  Méningite  Diphthérie

Bilharziose  Intoxication  Malaria  Encéphalite japonaise  \_\_\_\_\_

A-t'il déjà été diagnostiqué?  non  oui, \_\_\_\_\_

Quel médecin / thérapeute avez-vous consulté avec votre enfant?

- pédiatre  ORL  neurologue  psychologue  oculiste  \_\_\_\_\_  
 orthophonie  kinésithérapie/physio  ergothérapie

### Informations générales concernant le développement et le comportement

Vous rappelez-vous si et à quel âge ces évènements se sont passés?

- L'enfant, bébé couché s'est retourné  non  oui, à \_\_\_\_\_ mois  
 ... a rampé  non  oui, à \_\_\_\_\_ mois  
 ... a marché à quatre pattes  non  oui, à \_\_\_\_\_ mois  
 ... s'est assis sans aide  non  oui, à \_\_\_\_\_ mois  
 ... s'est agrippé pour se mettre debout  non  oui, à \_\_\_\_\_ mois  
 ... a fait ses premiers pas sans aide  non  oui, à \_\_\_\_\_ mois

Quelles sortes d'activités préfère votre enfant?

- courir  escalader  conduire un Bobbycar  faire de la trottinette  jouer au ballon  
 se défouler  nager/patauger  cycler à trois roues  rouler à vélo  faire du roller/skate-board  
 se balancer  jouerau sable  glisser toboggan  bâtir en légo/duplo/avec des briques  
 dessiner  bricoler  découper  regarder les livres  
 regarder la télé  jouer à l'ordinateur  Livres audio  \_\_\_\_\_

Aime-t'il bien bouger?  toujours  aime et beaucoup  n'aime pas beaucoup  à peine

Avec quoi aime-t'il jouer de préférence? Avec \_\_\_\_\_

Avec qui joue t-il de préférence? Avec \_\_\_\_\_  
 (Svp citez les personnes et leur âge)

Joue t-il volontiers seul?  non  oui, avec quoi? \_\_\_\_\_

Combien de temps en moyenne l'enfant peut-il se concentrer sur un jeu? environ \_\_\_\_\_ minutes

Aime t-il chanter des chansons?  non  oui Aime t-il danser en musique?  non  oui

Aime t'il les jeux de mots, les rimes et les vers?  non  oui

Aime t-il qu'on lui lise des histoires à haute voix?  non  oui

Qui lit pour l'enfant? \_\_\_\_\_ Combien de fois par semaine? \_\_\_\_\_  
 (Svp citez les personnes, leur âge et leur langue)

Aime t-il quand on lui raconte des histoires?  non  oui

Wer erzählt? \_\_\_\_\_ Wie oft in der Woche? \_\_\_\_\_  
 (Svp citez les personnes, leur âge et leur langue)

La famille (mère, père) lisent-ils? (livres, journaux)?  non  oui, peu  oui, beaucoup

Combien de temps l'enfant regarde-il la TV?

- jamais  rarement  1h par jour  2-3h par jour  plus que 3h par jour

Que mange-t'il de préférence? \_\_\_\_\_ aliment plutôt  dur  mou

A-t'il / Avait-il des habitudes comme  sucer son pouce,  tétine (jusqu'à l'âge de \_\_\_\_\_)?

Quand vous observez votre enfant sa bouche est plutôt  ouverte ou  fermée?

Combien de temps votre enfant a-t'il bu au biberon régulièrement? Jusqu'à l'âge de \_\_\_\_\_

Depuis quand mange-t'il sans aide? Depuis \_\_\_\_\_

- L'enfant mange-t'il au quotidien avec d'autres/ en famille?  non  oui, où?  zu Hause  
 au jardin d'enfants  
 à l'école

## Informations générales concernant l'environnement social

Qui sont les personnes responsables pour l'enfant? (Svp citez noms et âges)

Va-t'il au **jardin d'enfants / crèche**?  oui, depuis \_\_\_\_\_  non  
(entourez la réponse)

Fréquence, durée?  tous les jours (lun.-ven.), de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heures  
 \_\_\_\_\_ jours par semaine de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heures

Aime-t'il y aller?  oui, toujours  des fois  n'aime pas

Quelle(s) langue(s) y parle t'on? \_\_\_\_\_

Va-t'il facilement au contact d'autres enfants?  non  je ne sais pas  oui

Reçoit-il une aide linguistique supplémentaire?  non  je ne sais pas  oui

Nom de l'institution

Nom du groupe

Nom de l'éducateur/-trice

Va-t'il à **l'école**?  oui, depuis \_\_\_\_\_  autre(s) école(s) \_\_\_\_\_  non  
(par ex.: cours de religion, école de langues)

Fréquence, durée?  tous les jours (lun.-ven.), de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heures  
 \_\_\_\_\_ jours par semaine de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heures

Aime-t'il y aller?  oui, toujours  des fois  n'aime pas

Quelle(s) langue(s) y parle t'on? \_\_\_\_\_

Va-t'il facilement au contact d'autres enfants?  non  je ne sais pas  oui

Reçoit-il des cours supplémentaires dans une autre langue?  non  oui

Nom de l'institution

classe

Nom de l'enseignant/e

Fait-il du sport?  non  oui, lequel? \_\_\_\_\_

Fréquence, durée? \_\_\_\_\_ jours par semaine de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heures, lieu: \_\_\_\_\_

Prend-il des cours de musique?  non  oui, quel instrument? \_\_\_\_\_

Fréquence, durée? \_\_\_\_\_ jours par semaine de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heures, lieu: \_\_\_\_\_

Autre(s) activités: \_\_\_\_\_

Prend-il en charge des tâches / responsabilités à la maison?  oui  non

aide en cuisine  garde ses frères et sœurs

aide au ménage  donne à manger/prend soin de ses frères et sœurs

aide-t'il à la traduction de la langue allemande

dans les administrations  aux achats  au téléphone

en conversation avec l'éducateur(trice)/l'enseignant(e)

Autres tâches: \_\_\_\_\_

**Merci beaucoup. Vous êtes aussi invités à poser des questions.**