



Anamnèse multilingue et interculturelle – Enfants

Scharff Rethfeldt (2023)

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 problématique

Avez-vous fait des fausses couches ou un accouchement prématuré? non oui

Etiez-vous malade pendant la grossesse? non oui

Avez-vous pris des médicaments? non oui

Avez-vous fumé? non oui

Votre 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 autres

Y-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 biberon

Votre 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 norme

A-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 cycliser à trois roues rouler à vélo faire du roller/skate-board
 se balancer jouer au 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

Qui les lui raconte? _____ Combien de fois par semaine? _____
 (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-t-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.