



Preschool Child Find Questionnaire

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Office of Special Education, Child Find
English Manor Center, 4511 Bestor Drive, Room 146, Rockville, Maryland 20853
Téléphone 240-740-2170, Intake 301-947-6080, Fax 301-871-0957

Formulaire 335-49 de MCPS
Janvier 2019
Page 1 de 2

INSTRUCTIONS

Pour être admissible au dépistage, à l'évaluation et aux services, l'enfant doit s'inscrire à Montgomery County Public Schools (MCPS) conformément à [Montgomery County Board of Education Policy JEA, Résidence, droits de scolarité et inscription](#), et fournir une preuve de la naissance de l'enfant (c.-à-d. certificat de naissance, passeport/visa, certificat du médecin, certificat de baptême ou d'église, certificat d'hôpital, affidavit des parents ou enregistrement de la naissance) et preuve de résidence en vertu du [MCPS Regulation JEA-RB, Inscription des élèves](#), (facture d'impôt foncier actuelle, bail actuel (si le bail a plus d'un an, bail et facture de services publics actuelle), ou [Formulaire 335-74 de MCPS, Shared Housing Disclosure](#)). Pour un enfant non résident qui fréquente une école préscolaire à Montgomery County, le parent/tuteur légal doit fournir une vérification de l'inscription de l'enfant sur un papier à en-tête de la prématernelle.

Pour compléter le processus préscolaire pour les enfants qui seront admissibles à la maternelle l'année scolaire suivante, ce questionnaire doit être reçu au bureau de Child Find au plus tard le dernier lundi de mars de l'année où votre enfant sera admissible à la maternelle. Après cette date, veuillez communiquer avec votre école primaire locale pour terminer le processus de sélection.

INFORMATIONS CONCERNANT L'ÉLÈVE

Doivent correspondre au certificat de la date de naissance ou à une autre preuve de naissance

Nom de Famille Légal _____ Prénom Légal _____ Deuxième Prénom Légal _____

Adresse de l'Élève _____

L'élève est-il admissible à recevoir une Assistance Médicale? Oui Non Date de Naissance ____/____/____ Sexe Masculin Sexe Féminin

L'élève est-il/elle né(e) en dehors des États-Unis? Oui Non **Si Oui:** Durant combien de mois l'élève a-t-il/elle fréquenté les écoles américaines? _____

Langue(s) parlée(s) à la maison _____

ADULTE(S) RESPONSABLE(S) DE L'ÉLÈVE*

Nom de l'adulte responsable de l'élève résidant à l'adresse actuelle:

Lien de Parenté: Mère Père Tuteur Légal

Autre (Préciser) _____

Téléphone #1 ____-____-____ Téléphone #2 ____-____-____

*Vérification de la pièce d'identification légale et de la preuve du lien de parenté à l'élève de l'adulte responsable (des adultes responsables) (préciser) _____

Nom de l'adulte responsable de l'élève résidant à l'adresse actuelle:

Lien de Parenté: Mère Père Tuteur Légal

Autre (Préciser) _____

Téléphone #1 ____-____-____ Téléphone #2 ____-____-____

*Vérification de la pièce d'identification légale et de la preuve du lien de parenté à l'élève de l'adulte responsable (des adultes responsables) (préciser) _____

QUESTIONNAIRE POUR LES PARENTS

Quelles sont vos préoccupations au sujet de votre enfant? _____

Votre enfant a-t-il déjà été recommandé pour le programme de Montgomery County Infants and Toddlers? Oui Mois _____ Année _____ Non

Qui vous a recommandé à Child Find? Famille Dépliant Ami Médecin Enseignant Autres _____

Votre enfant a-t-il déjà été évalué? Oui (veuillez joindre les rapports et remplir la partie ci-dessous) Non

Dates des évaluations: ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ L'Emplacement des Tests: _____

Raison: _____

L'Enfant Fréquente: Pré-Maternelle MCPS Prek/Head Start Garderies d'enfants Soins à domicile Accueil Autres _____

Nom de la pré-maternelle/garderie: _____

Adresse de la pré-maternelle/de la garderie d'enfants: _____

Si la prématernelle ou la garderie ont des préoccupations, veuillez expliquer: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Date of Call: ____/____/____ MCPS ID# _____ Date Call Returned/Scheduled ____/____/____

By Whom _____ CA _____ Clinic Date ____/____/____

Location _____ Time _____

Home School _____ Cluster _____

INFORMATIONS MÉDICALES

Nom du Fournisseur de Soins de santé Autorisé _____

Toute difficulté avant pendant après la naissance de votre enfant?

Si oui, veuillez fournir des détails:

Hospitalisations: maladie grave accidents chirurgies

veuillez expliquer:

Énumérez tous les médicaments que votre enfant prend régulièrement (y compris la dose): _____

Énumérez S'il vous plaît toutes sortes d'allergies: _____

Y-at-il Quelconque Préoccupation concernant l'Ouïe? Expliquer _____

Y-at-il Quelconque Préoccupation concernant la Vision? Expliquer _____

Cochez tous les domaines de préoccupation/retards

- ne semble pas apprendre à un rythme normal
- Retards dans les étapes du développement
- autre _____

PAROLE/LANGAGE

a commencé à parler à l'âge de ____ mois

Le langage est difficile à comprendre

- les parents comprennent ____%
- D'autres personnes comprennent ____%
- bégaye/n'est pas fluide
- a souvent besoin qu'on lui répète les directives/questions

Communique par des

- gestes
- un seul mot
- courtes phrases
- phrases
- autre _____

HABILETÉS MOTRICES

- se cogne sur des objets/n'est pas adroit
- trébuche et tombe souvent
- se sent intimidé lorsqu'il est sur le terrain de jeu/cour de récréation
- réagit de manière inhabituelle au toucher
- réagit de manière inhabituelle au son
- réagit de manière inhabituelle à la lumière
- a des problèmes à compléter une tâche avec un crayon/une feuille de papier
- marché à _____
- autre _____

ATTENTION

- se distrait facilement
- capacité d'attention limitée
- saute d'une tâche à l'autre
- a des difficultés à changer de routine
- autre _____

INDÉPENDANCE

Retards significatifs lorsqu'il/elle

- se nourrit
- s'habille
- apprentissage de la propreté
- autre _____

SOCIALISATION

- souvent, ne démontre aucun intérêt à jouer avec les autres ou à s'associer avec d'autres personnes.
- regarde les personnes rarement
- devient furieux/furieuse lorsque dans un groupe
- peut se buter contre une idée, un objet ou une activité et devient contrarié si on lui demande de faire un changement.
- semble être dans son propre monde
- autre _____

COMPORTEMENT

- crises de colère
- ne connaît pas ses limites
- refuse de suivre les directives
- agressif envers d'autres personnes
- est facilement frustré/e
- autre _____

Informations Supplémentaires

Un rapport des résultats sera maintenu dans un dossier confidentiel et l'accès au(x) rapport(s) sera accordé au personnel de MCPS en cas de nécessité absolue. Un dossier sera maintenu pour documenter le nom et la raison de chaque personne qui examine le dossier. Le(s) parent(s)/tuteur(s) et les élèves éligibles peut/peuvent demander/autoriser la divulgation à une autre agence ou à un professionnel.

Signature du Parent/Tuteur Légal: _____ Date: ____/____/____