



Entrevue semi-structurée pour établir l'anamnèse



Année scolaire :

Date de l'entretien :

Directive

Utiliser les sections qui s'appliquent en fonction de l'évaluation visée :

- Première évaluation (ensemble des sections)
 Évaluation complémentaire ou de suivi (sections spécifiques)
 Évaluation pour vérifier une hypothèse de: douance trouble ou difficulté
 double exceptionnalité (ensemble des sections)

1. Données d'identification de l'élève

Nom :		Prénom :	
Date de naissance : <small>(jour/mois/année)</small>		Âge au moment de la référence : <small>(ans et mois)</small>	
Genre : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> autre, précisez :			
Niveau scolaire :		École :	
Nom de l'enseignant titulaire :			
Parent	1	2	
Nom, Prénom			
Adresse			
Téléphone maison			
Téléphone travail			
Téléphone cellulaire			
Courriel			
Répondant: <input type="checkbox"/> parent 1 <input type="checkbox"/> parent 2 <input type="checkbox"/> les deux <input type="checkbox"/> autre, précisez :			
Nom du répondant si autre que parent :			
Parent à contacter en cas de besoin :			
Meilleur moyen pour joindre les parents :			
Meilleur moment pour joindre les parents :			

2. Données sur la famille

- 2.1. Quel est le type de famille? Nucléaire. Monoparentale. Séparée. Recomposée (précisez la composition de la famille) :

- 2.2. Quel est le type de garde (le cas échéant)? Parent 1 seulement. Parent 2 seulement.
 Garde partagée (précisez le mode et depuis quand) :
 Tuteur. Famille d'accueil. Autre (spécifiez) :
- 2.3. L'enfant est-il·elle adopté·e? Oui Non. Si oui, quel est son pays d'origine?
À quel âge a-t-il·elle été adopté·e?
- 2.4. Avez-vous d'autres enfants? Oui. (Nombre: ; rang dans la fratrie :) Non.

2.5. Informations sur le parent 1

- 2.5.1. Âge : ans
- 2.5.2. Occupation:
- 2.5.3. Nationalité : Date d'arrivée au pays (si cela s'applique) :
- 2.5.4. Niveau de scolarité :
- Aucun certificat ou diplôme.
 - Diplôme d'études secondaires ou certificat d'équivalence.
 - Certificat ou autre diplôme d'une école de métiers (formation professionnelle).
 - Études techniques/collégiales ou autre diplôme d'études non universitaires.
 - Certificat ou diplôme universitaire de premier cycle.
 - Diplôme d'études universitaires de cycles supérieures.

2.6. Informations sur le parent 2

- 2.6.1. Âge : ans
- 2.6.2. Occupation:
- 2.6.3. Nationalité : Date d'arrivée au pays (si cela s'applique) :
- 2.6.4. Niveau de scolarité :
- Aucun certificat ou diplôme.
 - Diplôme d'études secondaires ou certificat d'équivalence.
 - Certificat ou autre diplôme d'une école de métiers (formation professionnelle).
 - Études techniques/collégiales ou autre diplôme d'études non universitaires.
 - Certificat ou diplôme universitaire de premier cycle.
 - Diplôme d'études universitaires de cycles supérieures.
- 2.7. Quelle est la langue maternelle de la famille?
- 2.8. Quelles sont les autres langues parlées à la maison?
- 2.9. Quelle langue utilise votre enfant pour parler avec vous?
- 2.10. Quelle langue utilise votre enfant pour parler avec ses amis?

3. Antécédents médicaux, état de santé et habitudes de vie

- 3.1. Y-a-t-il des éléments particuliers ou des problèmes à signaler en lien avec la grossesse? Non.
 Oui. Expliquez :
- 3.2. Votre enfant est-il·elle né·e à terme? Oui. Non., précisez :
- 3.3. Pendant la grossesse, avez-vous consommé :
Des médicaments? Non. Oui. Lesquels et pourquoi?

De l'alcool? Non. Oui. Nombre de verre par jour :
Du tabac? Non. Oui. Quantité par jour :
De la drogue? Non. Oui. Lesquelles et fréquence :

- 3.4. À la naissance, votre enfant avait : Poids : Taille : APGAR : 1^{er} : 2^e :
- 3.5. Votre enfant a-t-il·elle présenté des problèmes significatifs à sa naissance? Oui. Non. Si oui, précisez lesquels :
- 3.6. Sur le plan physique, votre enfant présente-t-il·elle des particularités ou des besoins particuliers qui nécessitent certaines précautions/interventions? Non. Oui. Si oui, lesquelles?
- 3.7. Votre enfant a-t-il·elle des problèmes de vision? Oui. Non. Si oui, lesquels?
- 3.8. Votre enfant a-t-il·elle des problèmes auditifs? Oui. Non. Si oui, lesquels?
- 3.9. Votre enfant a-t-il·elle déjà eu des convulsions ou des crises d'épilepsie? Oui. Non. Si oui, à quel âge a eu lieu la première crise et à quelle fréquence?
- 3.10. Votre enfant a-t-il·elle déjà perdu connaissance? Oui. Non. Si oui, à quelle occasion? Durée?
- 3.11. Votre enfant a-t-il·elle eu des accidents? Oui. Non. Si oui, qu'est-il arrivé?
- 3.12. Votre enfant a-t-il·elle déjà subi des opérations? Oui. Non. Si oui, lesquelles et quand?
- 3.13. Votre enfant a-t-il·elle eu plusieurs otites? Oui. Non. Si oui, à quelle fréquence et quand?
- A-t-il·elle eu des tubes? Oui. Non.
- 3.14. Votre enfant a-t-il·elle eu d'autres maladies (p. ex. : allergies, asthme, etc.)? Oui. Non. Si oui, lesquelles?
- 3.15. Votre enfant a-t-il·elle des problèmes de santé actuellement? Oui. Non. Si oui, lesquels?
- 3.16. Votre enfant prend-il·elle des médicaments? Oui. Non. Si oui, lesquels et pourquoi?

4.2.3. Comment décririez-vous la discipline instaurée à la maison?

4.2.4. Quelles sont les pratiques que vous utilisez couramment quand votre enfant se comporte de façon inappropriée?

✓	Pratiques	✓	Pratiques
<input type="checkbox"/>	Ignorer les problèmes de comportements.	<input type="checkbox"/>	Faire assoir votre enfant sur une chaise.
<input type="checkbox"/>	Gronder votre enfant.	<input type="checkbox"/>	Envoyer votre enfant dans sa chambre.
<input type="checkbox"/>	Donner une fessée à votre enfant.	<input type="checkbox"/>	Retirer un privilège, comme une activité ou de la nourriture.
<input type="checkbox"/>	Lui demander d'arrêter le comportement.	<input type="checkbox"/>	Menacer votre enfant.
<input type="checkbox"/>	Raisonner votre enfant.	<input type="checkbox"/>	Lui donner une punition.
<input type="checkbox"/>	Rappeler à votre enfant le comportement à adopter.	<input type="checkbox"/>	Autre pratique, décrivez :
<input type="checkbox"/>	Rediriger l'intérêt de votre enfant.		

4.2.5. Quelles sont les pratiques disciplinaires qui sont généralement efficaces avec votre enfant?

Avec quel type de problèmes?

4.2.6. Quelles sont les pratiques disciplinaires qui sont généralement inefficaces avec votre enfant?

Avec quel type de problèmes?

4.2.7. Comment, vous comme parents, vous entendez-vous sur l'éducation de votre enfant?

4.3. Problèmes de santé dans la famille

Indiquez les maladies ou conditions que tout membre de la famille immédiate a ou a eues et notez leur relation avec votre enfant.

Maladie ou condition	Relation avec votre enfant	Maladie ou condition	Relation avec votre enfant
<input type="checkbox"/> Douance.		<input type="checkbox"/> Talent particulier.	
<input type="checkbox"/> Difficulté d'apprentissage, précisez :		<input type="checkbox"/> Autre problème de santé mentale, précisez :	

Maladie ou condition	Relation avec votre enfant	Maladie ou condition	Relation avec votre enfant
<input type="checkbox"/> Trouble de déficit d'attention/hyperactivité.		<input type="checkbox"/> Diabète.	
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme.		<input type="checkbox"/> Épilepsie.	
<input type="checkbox"/> Anxiété.		<input type="checkbox"/> Troubles cardiaques.	
<input type="checkbox"/> Dépression.		<input type="checkbox"/> Cécité.	
<input type="checkbox"/> Problème de sommeil.		<input type="checkbox"/> Cancer.	
<input type="checkbox"/> Problème de toxicomanie.		<input type="checkbox"/> Surdité.	
<input type="checkbox"/> Tentative de suicide.		<input type="checkbox"/> Autre problème de santé physique important, précisez :	

4.4. Stress familiaux

Chaque famille peut vivre une certaine forme de stress. Voici une liste d' v nements stressants. Veuillez m'indiquer ceux que la famille a vécus au cours des 12 derniers mois.

✓	�v�nement	✓	�v�nement
<input type="checkbox"/>	La famille a déménagé dans une autre ville.	<input type="checkbox"/>	Un des parents a perdu son emploi.
<input type="checkbox"/>	La famille a déménagé dans un autre quartier.	<input type="checkbox"/>	Un parent de votre enfant est décédé.
<input type="checkbox"/>	L'enfant a changé d'�cole.	<input type="checkbox"/>	Un membre de la fratrie de votre enfant est décédé.
<input type="checkbox"/>	Les parents ont divorcé ou se sont séparés.	<input type="checkbox"/>	Un animal de compagnie de la famille est décédé.
<input type="checkbox"/>	L'enfant a vécu une recomposition familiale.	<input type="checkbox"/>	Un des grands-parents est décédé.
<input type="checkbox"/>	Les conditions financières de la famille se sont détériorées.	<input type="checkbox"/>	Un ami proche de votre enfant a déménagé.
<input type="checkbox"/>	L'enfant a été victime de violence ou d'intimidation.	<input type="checkbox"/>	Quelqu'un dans la famille a ou a eu des problèmes avec la justice (précisez la relation avec votre enfant) :
<input type="checkbox"/>	La famille a connu une catastrophe naturelle (précisez) :	<input type="checkbox"/>	Un membre de la famille a été accusé d'abus ou de négligence envers votre enfant (précisez la relation avec votre enfant) :
<input type="checkbox"/>	Quelqu'un dans la famille a été gravement blessé ou est tombé malade (précisez qui) :	<input type="checkbox"/>	Autre stress important (précisez) :

5. Douances et talents

- 5.1. Depuis combien de temps suspectez-vous une douance chez votre enfant?
 5.2. Quels sont les premiers signes de douance que vous avez remarqués chez votre enfant?

5.3. Voici une liste d'acquisition de la petite enfance. S'il vous plaît, veuillez m'indiquer l'âge auquel votre enfant a commencé à présenter chacun des comportements. [Si le parent n'est pas sûr de l'âge, mais qu'il a une idée, inscrivez l'âge suivi d'un point d'interrogation. Si le parent n'est pas capable de situer l'âge, on peut aussi lui demander si c'était normal, précoce ou tardif par rapport aux autres enfants du même âge.] (Entre parenthèse « [] », repères pour l'évaluateur : signe de précocité versus âge normal¹).

Comportement	Âge	Comportement	Âge	Comportement	Âge
Développement moteur					
Se tenir la tête droite [1 mois vs 3 mois].		Tourner du dos au ventre [4 mois ± 4 semaines vs 6 mois ± 1 mois].		S'asseoir seul sans soutien [6 mois ± 3 semaines vs 8 mois].	
Ramper [8 mois ± 3 semaines vs 10 mois ± 1 mois].		Premier pas [8 à 9 mois vs 12-13 mois].		Manger avec une cuillère [12 mois ± 2 semaines vs 18 mois ± 1 mois].	
Prendre un petit objet entre le pouce et l'index [8 mois ± 2 semaines vs 9 mois].		Marcher sans aide et sans soutien [12 mois ± 4 semaines vs 14 mois].		Monter les marches [15 mois ± 2 semaines vs 17 mois ± 1 mois].	
Descendre les marches seul en alternant les pieds [16 mois ± 3 semaines vs 19 mois ± 1 mois].		Rouler en tricycle ou en bicyclette avec roues stabilisatrices [24 mois ± 3 semaines vs 30 mois ± 1 mois].		Autre :	
Développement cognitif et du langage					
Babiller [vers 4 mois ± 3 semaines vs 7 mois].		Premier mot parlé [9 mois ± 1 semaine vs 12 mois].		Utiliser 2 à 3 mots dans une phrase [entre 18 mois ± 2 semaines vs 21 mois].	
Parler comme un adulte [vers 2 ou 3 ans vs 4 ans].		Identification des lettres et des chiffres [24 mois vs 4 ans].		Faire des casse-têtes ou des jeux de construction plus complexes que son âge.	
Compter jusqu'à 20 [avant la maternelle].		Lire [avant ou au début de la maternelle].		Autre :	

¹ Tiré de : Vaire-Douret, L. (2011). Developmental and cognitive characteristics of "high-level potentialities" (highly gifted) Children. *International Journal of Pediatrics*, 1-14. <https://doi.org/10.1155/2011/420297>

- 5.4. Quels sont les comportements actuels de votre enfant qui vous indiquent des signes de douance sur les plans intellectuel, créatif, socioaffectif, perceptuel ou moteur?
- 5.5. Des membres de votre entourage, des enseignants ou des professionnels vous ont-ils déjà mentionné que votre enfant pouvait être précoce ou doué·e? Oui. Non. Si oui, veuillez préciser :
- 5.6. Mettez-vous en place des activités d'enrichissement à la maison pour stimuler votre enfant (p. ex. : lecture d'un niveau plus avancé, activité de robotique ou de science)? Oui. Non. Si oui, décrivez :

6. Difficultés personnelles ou familiales

- 6.1. Décrivez brièvement les difficultés actuelles de votre enfant.
- 6.2. Dans quels milieux de vie ces difficultés sont-elles présentes? Maison. École. Services de garde. Loisirs. Autre :
- 6.3. Depuis quand ces difficultés vous préoccupent-elles?
- 6.4. Qu'est-ce qui semble atténuer ou réduire l'impact de ces difficultés? (Interventions, environnement, personnes, etc.)
- 6.5. Qu'est-ce qui semble aggraver ces difficultés?
- 6.6. Avez-vous remarqué des changements dans les comportements de votre enfant récemment? Oui. Non. Si oui, veuillez décrire :

7. Services antérieurs ou actuels dispensés

Votre enfant a-t-il·elle reçu des services (évaluation ou intervention) à l'extérieur de l'école?

Oui. Non. Si oui, veuillez préciser les professionnels consultés, le motif de consultation et les conclusions, recommandations ou objectifs travaillés.

Professionnel consulté	Motif de consultation	Conclusions/Diagnostic/Recommandations/Objectifs

8. Histoire scolaire

8.1. Votre enfant a-t-il·elle fréquenté la garderie? Oui. Non. Si oui, à quel âge?

8.2. À quel âge est-il·elle entré·e à la maternelle?

8.3. Quelles sont les attitudes de votre enfant par rapport à l'école?

8.4. Quelles sont les forces de votre enfant à l'école selon vous?

8.5. Quelles sont les disciplines préférées de votre enfant à l'école?

8.6. Quelles sont les disciplines scolaires pour lesquelles votre enfant éprouve le plus de facilité?

8.7. Quelles sont les disciplines scolaires pour lesquelles votre enfant éprouve le plus de difficulté?

8.8. Quelles sont les modalités d'enseignement ou d'apprentissage qui favorisent l'engagement et la réussite de votre enfant?

8.9. Comment votre enfant se comporte-t-il·elle habituellement à l'égard des travaux scolaires qu'il doit faire à la maison (devoirs, leçons, lectures, recherches)?

8.10. Êtes-vous satisfaits de ses résultats scolaires? Oui. Non. Pas toujours.
Pourquoi?

8.11. Le rendement scolaire de votre enfant s'est-il détérioré récemment? Oui. Non.
Si oui, décrivez :

8.12. Voici une liste de difficultés en lien avec l'école. Veuillez indiquer pour chacune si elle est vécue ou non par votre enfant.

✓	Difficultés	✓	Difficultés
<input type="checkbox"/>	S'ennuie à l'école.	<input type="checkbox"/>	N'aime pas l'école.
<input type="checkbox"/>	S'investit seulement dans les activités scolaires qui l'intéressent.	<input type="checkbox"/>	Résiste pour aller à l'école.
<input type="checkbox"/>	Possède des intérêts très restreints.	<input type="checkbox"/>	Adore lire, mais déteste écrire.
<input type="checkbox"/>	Obtient des résultats scolaires inconsistants : excelle dans certaines disciplines et performe dans la moyenne ou sous la moyenne dans d'autres.	<input type="checkbox"/>	Éprouve des difficultés à fournir l'effort nécessaire pour atteindre les résultats attendus.
<input type="checkbox"/>	Suit difficilement un plan de travail.	<input type="checkbox"/>	Prend plus de temps pour réaliser ses travaux.
<input type="checkbox"/>	Procrastine et attend la dernière minute pour réaliser ses travaux.	<input type="checkbox"/>	Garde difficilement son attention lors de la réalisation de tâches.
<input type="checkbox"/>	Commets des fautes d'inattention.	<input type="checkbox"/>	Demeure difficilement assis pour réaliser une tâche.
<input type="checkbox"/>	Attend difficilement son tour.	<input type="checkbox"/>	Se plaint de fatigue au retour de l'école.
<input type="checkbox"/>	Éprouve des difficultés en écriture.	<input type="checkbox"/>	Éprouve des difficultés en lecture.
<input type="checkbox"/>	Éprouve des difficultés en mathématiques.	<input type="checkbox"/>	Éprouve des difficultés dans d'autres disciplines (énumérez) :
<input type="checkbox"/>	A doublé une année, précisez l'année et les raisons :	<input type="checkbox"/>	A besoin d'un grand soutien des parents pour la réalisation des devoirs.
<input type="checkbox"/>	Demande difficilement de l'aide lorsqu'il en a besoin.	<input type="checkbox"/>	Abandonne facilement devant une difficulté.
<input type="checkbox"/>	A de la difficulté à s'entendre avec les autres enfants.	<input type="checkbox"/>	A de la difficulté à s'entendre avec les adultes.
<input type="checkbox"/>	Gère avec difficulté sa frustration et sa colère.	<input type="checkbox"/>	Est hypersensible.
<input type="checkbox"/>	Réagit fortement aux changements.	<input type="checkbox"/>	Est très perfectionniste et autocritique.
<input type="checkbox"/>	Se dévalorise par rapport à ses résultats scolaires.	<input type="checkbox"/>	Manifeste des comportements ritualisés, répétitifs ou rigides.
<input type="checkbox"/>	Ne semble pas conscient de ses capacités ou les reconnaître.	<input type="checkbox"/>	Autre (décrivez) :

8.13. Des aménagements sont-ils mis en place en classe pour répondre à ses besoins particuliers? Si oui, lesquels?

8.14. Quelles sont les mesures d'enrichissement dont votre enfant bénéficie ou a bénéficié à l'école?

Quels ont été les impacts de cette(ces) mesure(s) pour votre enfant?

8.15. Votre enfant a-t-il·elle profité d'une mesure d'accélération scolaire? Oui. Non.

Si oui, laquelle? (P. ex. : entrée précoce en maternelle, entrée précoce en première année, accélération scolaire dans une ou plusieurs disciplines dans un niveau scolaire, saut de classe (précisez le niveau scolaire)).

Quels ont été les impacts de cette(ces) mesure(s) pour votre enfant?

8.16. Votre enfant est-il·elle dans un programme particulier ou une classe spécialisée? Oui. Non.

Si oui, quel type de classe?

8.17. Votre enfant a-t-il·elle déjà eu de l'aide particulière à l'école? Oui. Non.

Si oui, décrivez :

8.18. Un plan d'intervention a-t-il été mis en place pour votre enfant à l'école? Oui. Non.

Si oui, quand et quels objectifs étaient ciblés?

8.19. Êtes-vous satisfaits des mesures mises en place pour répondre aux besoins particuliers de votre enfant?

Oui. Non.

Pourquoi?

8.20. Comment se sent-il·elle intégré·e au sein de sa classe?

8.21. Quels sont les besoins de votre enfant qui ne sont pas comblés actuellement à l'école?

9. Intégration et adaptation sociales

9.1. Quelles sont les forces de votre enfant sur le plan social?

9.2. Quelles sont les difficultés de votre enfant sur le plan social?

9.3. Votre enfant préfère-t-il·elle jouer seul·e ou avec d'autres?

9.4. Combien d'amis viennent jouer à la maison?

9.5. Combien d'amis l'invitent à aller jouer chez eux?

9.6. Comment cela se passe-t-il lorsqu'il·elle est avec d'autres enfants? (P. ex. : partage, discussion, gestion des conflits, choix des jeux, etc.)

9.7. Y a-t-il des différences selon l'âge des enfants avec qui il·elle joue? Oui. Non.
Si oui, lesquelles?

9.8. Votre enfant a-t-il·elle été victime de rejet ou d'intimidation? Oui. Non.
Si oui, décrivez :

9.9. Quelle est, en général, la relation de votre enfant avec les adultes qu'il·elle côtoie?

10. Adaptation personnelle

10.1. Attitudes personnelles

10.1.1. Comment votre enfant se perçoit-il·elle?

10.1.2. Votre enfant semble-t-il·elle bien se connaître et avoir une perception juste de ses forces et de ses difficultés? Oui. Non.
Si non, expliquez :

10.1.3. Comment votre enfant s'estime-t-il·elle? Sur les plans scolaire, physique, intellectuel, social et familial?

10.1.4. Votre enfant a-t-il·elle ou a-t-il·elle déjà eu des propos d'autodénigrement? Oui. Non.
Si oui, lesquels?

10.1.5. Comment votre enfant réagit-il·elle devant une difficulté?

10.1.6. Quelles sont ses réactions par rapport au succès?

10.1.7. Quelles sont ses réactions par rapport à l'échec?

10.2. Responsabilités et autonomie de votre enfant

10.2.1. Pour chacune des activités suivantes, indiquez si votre enfant est en mesure de l'effectuer de façon autonome (même si votre enfant ne le fait pas régulièrement).

<input checked="" type="checkbox"/>	Activités	<input checked="" type="checkbox"/>	Activités
<input type="checkbox"/>	Mettre la table.	<input type="checkbox"/>	Faire le lavage.
<input type="checkbox"/>	Préparer les repas.	<input type="checkbox"/>	Faire le repassage.
<input type="checkbox"/>	Débarrasser la table.	<input type="checkbox"/>	Mettre les vêtements au lavage.
<input type="checkbox"/>	Laver la vaisselle.	<input type="checkbox"/>	Coudre.
<input type="checkbox"/>	Aide à faire l'épicerie.	<input type="checkbox"/>	Ramasser les poubelles.
<input type="checkbox"/>	Déballer l'épicerie.	<input type="checkbox"/>	Faire ses devoirs seul.

10.2.2. Quelle est l'autonomie de votre enfant par rapport aux tâches quotidiennes?

10.2.3. Pouvez-vous faire confiance à votre enfant pour s'occuper d'un animal? Oui. Non. Peut-être.
Sinon, pourquoi?

10.2.4. Votre enfant prend-il·elle la responsabilité de son hygiène personnelle? Oui. Non.
Sinon, pourquoi?

10.2.5. Votre enfant a-t-il·elle un comportement généralement approprié pour son âge? Oui Non.
 Peut-être. Sinon, décrivez le comportement inapproprié?

11. Motivation, intérêts et engagement

11.1. Quels sont les intérêts ou les passions de votre enfant?

- a) c)
- b) d)

11.2. Quels sont ses passe-temps ou ses activités préférés?

- a) c)
- b) d)

11.3. Quelles activités votre enfant aimerait-il·elle faire, mais qui ne sont pas possibles à l'heure actuelle?

- a) c)
- b) d)

11.4. Quelles sont les activités que votre enfant aime le moins?

- a) c)
- b) d)

11.5. De quoi votre enfant aime-t-il·elle parler avec vous?

11.6. Votre enfant vous parle-t-il·elle de ce qu'il·elle veut faire quand il·elle sera grand·e?
Si oui, que veut-il·elle devenir?

11.7. Que fait habituellement votre enfant à son retour d'école?

11.8. Votre enfant s'occupe-t-il·elle seul·e? Oui. Non.
Décrivez :

12. Perception du parent, de la famille, de l'entourage

12.1. Quels sont les principales questions et éventuels soucis que vous avez en ce moment avec votre enfant?

12.2. Quels sont les moyens les plus satisfaisants que vous avez trouvés afin d'aider votre enfant?

12.3. Comment votre enfant perçoit-il sa douance?

12.4. Pensez-vous qu'il y a d'autres informations qui pourraient nous aider à travailler avec votre enfant?

Merci de votre collaboration !