**Inscription C.A.R. Glorieux**

**Questionnaire parents**

*Photo d’identité*

**Date:** .......................

**Patient no. AZ Glorieux:** ..................

1. **Contact information**

**Nom:** ..............................................................................................................................................

**Date de naissance:** ..........................  **Sexe:** ......................................................

**Adresse:** ..............................................................................................................................................

**Lieu de naissance:** …………………………...................................................................................................

**Nationalité:** ……………………………………………………………………………………………………………………………

**Langue administrative:** *Néerlandais / Français*

**Tél. mère:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Adresse e-mail de la mère:** ………………………………………………………………………………………………………………

**Adresse mère (si différente de l’adresse de l’enfant)**: ………………………………………….…………………………

**Tél. père:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Adresse e-mail du père :** ………………………………………………………………………………………………………………….

**Adresse père (si différente de l’adresse de l’enfant)**: ………………………………………………………………………

**Tél. autre:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Adresse e-mail autre:** …………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Informations sur la famille**

**Nom et prénom du père** **:** ……………………………………………………………………………………………………………………….

**Nationalité:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Date de naissance:** ………………………………………… **Lieu de naissance:** …………………………………………………..

**Études:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **Profession :**…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nom et prénom de la mère:** ……………………………………………………………………………………………………………………….

**Nationalité:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Date de naissance:** ………………………………………… **Lieu de naissance:** …………………………………………………

**Études:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Profession:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Statut social des parents :** *mariés ou cohabitants / divorcés ou séparés*

*L’enfant de parents divorcés ou séparés vit avec sa mère /*

*l’enfant de parents divorcés ou séparés vit avec son père / autre*

Si autre, quel statut:………..…………………………………………………………………………………………………..

En cas de séparation, quel régime de visite s’applique? ……………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

En cas de divorce, l’autre parent est-il au courant de la demande? *Oui / non*

**Fratrie:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Date de naissance** | **École/classe** | **Commentaires** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Informations linguistiques**

**Langue maternelle:** ……………………………………………………………………………………………………………………………

**Si le néerlandais n’est pas la langue maternelle :**

L’enfant parle-t-il néerlandais ? ………………………………………………………………………………………………

Si oui, à partir de quand? …………………………………………………………………………………………………………

**Quelle langue la mère parle-t-elle aux enfants?** …………………………………………………………………………………

**Quelle langue le père parle-t-il aux enfants?** ………………………………………………………………………………………

**Quelle langue les parents parlent-ils entre eux ?** ……………………………………………………………………………….

**Quelle langue parlent les enfants ?** …………………………………………………………………………………………………….

*Vignette de la mutuelle*

1. **Caisse d’assurance maladie**

**Caisse d’assurance maladie/mutuelle:** …………………………………………………………………

**Médecin traitant :** ………………………………………………………………………………………………………………………

**Pédiatre :** …………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Parcours scolaire ou crèche**

**Période préscolaire :** *maison / grands-parents / crèche / maman d’accueil (gardienne)*

**Crèche :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………..……

**Adresse Crèche:** ………………………………………………………………………………………………………………………………

**École:** ………………………………………………………………………………………………**Classe:** ……………………………………

**Adresse école:** ………………………………………………………………………………………………………………………..…………

**Instituteur:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Déjà doublé:** *oui / non*

Si oui, quelle note? ………………………………………………………………………………………………………………

**Y a-t-il déjà un soutien supplémentaire à l’école?** *Oui / non*

Si oui, quel soutien et depuis quand ? ……………………………………………………………………………………

1. **Demande de soins**

**Par qui votre enfant nous a été envoyé? :** ………………………………………………………………………………………….

**Pourquoi votre enfant nous a-t-il été envoyé? :** .................................................................................

Qu’est-ce qui vous inquiète actuellement?

Qu’est-ce qui inquiète l’école/crèche/référent ?

Qu’est-ce qui va bien?

Des tests ont-ils déjà été réalisés? Si oui, lesquels?

Votre enfant reçoit-il déjà du soutien (p. ex. logopédie, kinésithérapie)? Si oui, avec qui et à quelle fréquence?

Qu’attendez-vous du centre C.A.R. Glorieux ?

**Veuillez retourner ce questionnaire rempli à** [**christine.desterck@werken-glorieux.be**](mailto:christine.desterck@werken-glorieux.be)

**ou par courrier au CAR Glorieux - Glorieuxlaan 55 -9600 Ronse**