

# 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 301-460-2318  
Email: [ChildFind@mcpsmd.org](mailto:ChildFind@mcpsmd.org)

Formulaire 335-49 de MCPS  
Novembre 2023  
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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_