



4 Jahre

Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum (TT/MM/JJJJ) | _ | _ | . | _ | _ | | 20 | _ | _ | | Geschlecht: männlich weiblich

Questions sur le développement de votre enfant

Mon enfant monte les marches en changeant de pied	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mon enfant avance avec assurance en sautant à pieds joints sur une courte distance (30-50cm)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
tout en conservant facilement son équilibre	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mon enfant roule en tricycle (ou équivalent) en évitant les obstacles,	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
il pédale tout en guidant	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mon enfant tient bien son crayon entre les trois premiers doigts de la main	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mon enfant s'habille tout seul	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mon enfant utilise le mot « je » correctement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mon enfant demande « pourquoi - comment - où - d'où »	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mon enfant veut participer aux tâches ménagères	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
et imite les adultes dans des jeux de rôle avec d'autres enfants	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mon enfant écoute attentivement ce qu'on lui lit	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mon enfant joue intensivement à « On dirait que... » (p. ex. le bâton devient une épée, il donne à manger aux poupées)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mon enfant comprend les règles des jeux et sait que lors d'un jeu, on joue à tour de rôle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mon enfant est prêt à partager	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Folgende grau hinterlegten Felder werden vom Kinderarzt ausgefüllt

Summe „Ja“	_____
Grenzwert	≥ 13
Auffällig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ausgefüllt am: ____ . ____ . ____ Ausgefüllt von: _____	