



5 Jahre

Name: _____ Vorname: _____

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

Questions sur le développement de votre enfant

Mon enfant monte et descend les marches en avant en changeant de pied sans se tenir à la rampe de l'escalier oui non

Mon enfant avance avec assurance en sautant à pieds joints sur une courte distance (30-50cm) oui non

tout en conservant facilement son équilibre oui non

Mon enfant peut tenir pendant 10 secondes en équilibre sur une jambe oui non

Mon enfant peut sauter 10 fois sur une jambe oui non

Mon enfant peut lancer des ballons (p. ex. un ballon de football) oui non

et les réceptionner avec les mains et le corps à une distance d'environ 2 m oui non

Mon enfant sait dessiner des objets assez précisément (p. ex. une maison, un arbre, un personnage ou une voiture) oui non

et m'expliquer ce qu'il a dessiné oui non

Mon enfant colorie un cahier de coloriage à peu près correctement oui non

Mon enfant sait coller et bricoler des objets simples oui non

Mon enfant sait découper le long d'une ligne droite avec des ciseaux pour enfant oui non

Mon enfant reconnaît les couleurs rouge, jaune, vert, bleu, noir et blanc oui non

Mon enfant raconte des événements et des histoires dans un ordre logique et chronologique correct oui non

Pour cela, il utilise des phrases simples mais correctes oui non



Mon enfant prononce toutes les lettres correctement (veuillez répondre par « oui » même si votre enfant ne parvient pas à prononcer le « s » correctement/zézaie) oui non

Mon enfant s'habille tout seul	<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 construit des maisons, voitures, avions etc. reconnaissables en Lego, Duplo ou autres éléments de construction avec ou sans modèle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mon enfant joue à des jeux de rôle avec d'autres enfants (p. ex. aux gendarmes et aux voleurs)	<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 se place automatiquement dans une file d'attente de lui-même et sans hésiter (p. ex. au tobogan)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mon enfant est prêt à partager avec d'autres	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mon enfant invite d'autres enfants à la maison et est invité à son tour	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non



Folgende grau hinterlegten Felder werden vom Kinderarzt ausgefüllt

Summe „Ja“	_____
Grenzwert	≥ 20
Auffällig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ausgefüllt am: ____ . ____ . ____ Ausgefüllt von: _____	