

Grille d'observation – PARENTS

(Année scolaire 2025/2026)

Chers parents,

Vous avez reçu ce formulaire pour évaluer le développement de la langue de famille de votre enfant.

1. Avez-vous des soucis concernant le développement du langage de votre enfant ?

☐ **NON**, je n'ai pas de soucis concernant le développement du langage de mon enfant.

☐ **OUI**, j'ai des soucis concernant le développement du langage de mon enfant,
parce que mon enfant ne sait pas

☐ bien prononcer/articuler les sons/mots.

Si oui, quels sons? _____

☐ nommer des objets ou des activités de tous les jours.

☐ comprendre la langue parlée.

☐ faire des phrases complètes et compréhensibles.

☐ Autre: _____

Si vous avez répondu **NON** à la première question, vous **n'avez pas besoin de remplir le reste du questionnaire. Vous n'êtes pas obligés de nous envoyer le formulaire.**

Si vous avez répondu **OUI** et si vous désirez fixer un rendez-vous pour un contrôle du développement langagier de votre enfant, vous devez remplir le reste du questionnaire.

Renvoyez-nous le formulaire **complet** (3 pages) et **signé** par e-mail ou par courrier
au plus tard jusqu'au **01.10.2025**.

Nom et prénom de l'enfant : _____

2. Développement de l'enfant : AUDITION

L'enfant a-t-il déjà été vu par un ORL ? ☐ Oui ☐ Non

Mon enfant a pour le moment ou a eu au passé :

☐ pas de problèmes avec les oreilles

☐ régulièrement des otites

☐ des drains

☐ Autres : _____

3. Développement de l'enfant : LANGAGE

Langue de la mère : _____

Langue du père : _____

Langue de la famille : _____

Meilleure langue de votre enfant : _____

4. Développement de l'enfant : GLOBAL

Votre enfant a-t-il des difficultés dans d'autres domaines ?

☐ Motricité

☐ Comportement

☐ Développement en général

☐ Autres : _____

5. Prise en charge

L'enfant a été vu / est vu par un des services suivants :

Bilan 30 (SAP)

SAEF (SIPO) / PRIMA / AMANE

Orthophoniste (privé)

SRP (Hëllef fir de Puppelchen)

Autres: _____

Raison de la prise en charge : _____

Nom et prénom de l'enfant : _____

ATTENTION

Nous pouvons uniquement traiter les documents complets et signés !

Nom de l'enfant : _____ Prénom de l'enfant : _____

Sexe de l'enfant : masculin féminin

Matricule: _____

Adresse de l'enfant : (N° et rue) _____

Code postal: L- _____ Localité _____

Nom et prénom de la personne responsable : _____

E-mail de la personne responsable : _____

Numéro de téléphone de la personne responsable : _____

Nom de l'école : _____ Localité: _____

Nom de l'enseignant(e) : _____

E-mail de l'enseignant(e) : _____

Numéro de téléphone de l'enseignant(e) : _____

Le formulaire que vous envoyez au Centre de Logopédie (CL) contient des données personnelles. Ces données sont enregistrées dans le système d'information du Centre de Logopédie pour le traitement du dossier de l'élève. Vos informations seront traitées et stockées pendant la période nécessaire à la fourniture de nos services.

Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel, à la libre circulation de ces données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données, ainsi que d'un droit de limitation des finalités du traitement. En outre, vous disposez d'un droit d'opposition et de portabilité des données.

Si vous souhaitez exercer l'un de vos droits légaux, vous pouvez contacter notre école en envoyant un courrier recommandé à:

Centre de Logopédie
Délégué à la protection des données
4, Place Thomas Edison L - 1483
Strassen

En signant ci-dessous, vous acceptez que vos données soient traitées par le Centre de Logopédie dans le cadre du dossier de l'élève.

Adresse de contact :

Soit par e-mail à: precocce@cc-cl.lu

Soit par courrier au: Centre de Logopédie
Service Précocce
4, Place Thomas Edison
L – 1483 STRASSEN

Date: _____

Signature _____