

Centre Médico-Psychologique
35 rue des Tourelles 75020 PARIS
Tél. : 01 43 79 73 45
Mail : cmp.robert-debre@aphp.fr

Centre d'excellence InoVAND
Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Professeur Delorme
Hôpital Robert Debré
<https://www.clepsy.fr/>
N° F.I.N.E.S.S.: 750803454



**OBSERVATION PEDAGOGIQUE
ECOLE PRIMAIRE
CP-CE1-CE2-CM1-CM2**

Document à faire remplir par l'enseignant (e) de l'enfant

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM :

Date de naissance :

SCOLARITE ACTUELLE

- Etablissement scolaire :

- Classe :

- Temps scolaire :

Temps plein
Cantine

Temps partiel
TAP

Etude
Centre de loisirs

- Aménagements de la vie scolaire : AESH PAI PAP PPRE ESS

- Y a-t-il eu un redoublement ? Quelle classe ? Pour quelles raisons ?

- Comment situez-vous ses réalisations par rapport à celles de la classe ?

Inférieures

Equivalentes

Supérieures

- La fréquentation scolaire est-elle régulière ?

- Avez-vous des contacts réguliers avec la famille ?
- L'enfant a-t-il déjà rencontré le/la psychologue scolaire ? Oui Non
(Nom et coordonnées)

- A votre connaissance, l'enfant est-il suivi par des professionnels en dehors de l'école ? (psychologue, médecin, éducateur spécialisé, orthophoniste, psychomotricien...)

APPRENTISSAGES

1. Langage oral

Qualité du langage expressif

(Intelligibilité, syntaxe, vocabulaire, élaboration, participation aux échanges au sein de la classe...)

Compréhension orale

(Comprendre une consigne, une histoire lue, les échanges...)

2. Langage écrit

Lecture

(Déchiffrage, vitesse, compréhension...)

Ecriture

(Qualité du graphisme, tenue du stylo, orthographe...)

3. Mathématiques

(Reconnaissance des chiffres, calculs, résolution de problèmes, géométrie...)

4. Attention et mémorisation

5. Organisation

(Repérage dans le temps et l'espace, gestion de l'espace de travail, tenue du cahier, autonomie...)

6. Motricité

(Motricité globale et fine, aisance corporelle, rapidité et précision des gestes, participation aux activités motrices, utilisation d'outils...)

7. Comportement

(Respect des règles de la vie collective, régulation des émotions...)

COMPETENCES RELATIONNELLES

– Qualité des relations avec les adultes :

- Qualité des relations avec les autres enfants (intégré, en retrait, isolé, initie les échanges, suit le groupe) :

Avez-vous d'autres observations concernant cet élève ?

Date :

Nom du ou des professeurs des écoles :

Adresse et téléphone de l'école :

Questionnaire complémentaire

Cotateur : Clinicien Enseignant AESH Autre Date :

ADHD-RS Hétéro cotation	Jamais / rarement	Quelquefois	Souvent	Très Souvent
1. Ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans le travail scolaire	0	1	2	3
2. Remue les mains et les pieds ou se tortille sur la chaise	0	1	2	3
3. Epreuve souvent des difficultés à maintenir son attention / tâches ou activités ludiques	0	1	2	3
4. Se lève en classe ou dans d'autres situations où il/elle est supposé(e) rester assis(e)	0	1	2	3
5. Semble ne pas écouter quand on lui parle directement	0	1	2	3
6. Court ou grimpe excessivement dans les situations où cela est inapproprié	0	1	2	3
7. Ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à finir son travail	0	1	2	3
8. A du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou dans les activités de loisir (ex : cour de récré)	0	1	2	3
9. A du mal organiser ses travaux ou ses activités	0	1	2	3
10. Est « sur la brèche » ou agit comme s'il/elle était « monté(e) sur ressorts »	0	1	2	3
11. Evite les tâches qui nécessitent un travail soutenu	0	1	2	3
12. Parle excessivement	0	1	2	3
13. Perd les objets nécessaires à son travail ou à ses activités	0	1	2	3
14. Laisse échapper la réponse à une question qui n'est pas encore posée	0	1	2	3
15. Est facilement distrait(e)	0	1	2	3
16. A du mal à attendre son tour	0	1	2	3
17. A des oublis dans la vie quotidienne (il oublie certaines routines systématiquement par exemple, sortir son cahier, poser son manteau etc...)	0	1	2	3
18. Interrompt les autres ou impose sa présence	0	1	2	3
A quel point l'enfant est il gêné par les symptômes coté 1, 2 ou 3 ?	Jamais / rarement	Quelquefois	Souvent	Très Souvent
A quel point le bon fonctionnement la classe est gêné par les symptômes coté 1, 2 ou 3 ?	Jamais / rarement	Quelquefois	Souvent	Très Souvent

Très souvent = tous les jours voire plusieurs fois par jour

Souvent = plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours

Quelquefois = de temps en temps mais ça arrive quand même

Jamais ou rarement = Cela ne s'est jamais produit ou c'est arrivé maximum une ou deux fois

Document à retourner via le formulaire de l'espace patient.