

Nom et prénom du jeune :

Fiche d'entretien TSLEO

Feuillet rédigé par :

A confirmer

Qualité

Hors objectif

Date :

Tél du conseillé :

Forte présomption

Renseignements concernant le jeune :

Nom et prénom du jeune :

Né (e) le : à : Nationalité : Sexe :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél domicile : Tél portable :

*** A remplir si le jeune est mineur**

*** Nom et prénom du père :**

Adresse :

Code postal : (

Tél domicile : Tél portable :

*** Nom et prénom de la mère :**

Adresse :

Code postal : (

Tél domicile : Tél portable :

*** Nom des parents ou du représentant légal :**

Adresse :

Code postal : (

Tél domicile : Tél portable :

Nom et prénom du jeune :

Si non rempli : A FAIRE PAR LE CONSEILLER

Parcours Scolaire :

(Préciser l'année)

• **Niveau scolaire :**

• **Diplômes acquis :**

• **Classes redoublées :**

• **Classes spécifiques fréquentées :**
(Type CLIS, SEGPA, UPI, CPPN, Classes de perfectionnement...)

Si non rempli : A FAIRE PAR RAPSODY

Sentiment vis-à-vis de l'école

▪ **Etes-vous satisfait de votre parcours scolaire ?**

▪ **Eprouviez-vous des difficultés particulières vis-à-vis de certaines matières ?**
Si oui, lesquelles ?

▪ **Eprouviez-vous des difficultés particulières pour suivre les cours ?**
Si oui, comment expliquez-vous ces difficultés ?

▪ **Aimiez-vous l'école ?**
Pourquoi ?



Nom et prénom du jeune :

▪ Avez-vous de bonnes relations avec vos camarades ?
▪ Avez-vous de bonnes relations avec vos professeurs ?
▪ Autres remarques :

Si non rempli : A FAIRE PAR LE CONSEILLER

Parcours professionnel

(Préciser les dates si possibles)

▪ Avez-vous déjà exercé une activité professionnelle ?
▪ Si oui laquelle ou lesquelles ?
▪ Comment expliquez-vous vos difficultés pour trouver un emploi ?



Nom et prénom du jeune :

Si non rempli : A FAIRE PAR RAPSODY

Renseignements médicaux

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avez-vous ou pensez vous avoir des troubles visuels ? ▪ Ces troubles nécessitent-ils le port de lunettes ? 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avez-vous ou pensez vous avoir des troubles auditifs ? ▪ Ces troubles nécessitent-ils le port de prothèses ? 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avez-vous déjà réalisé un bilan auditif ? ▪ (Si oui, précisez la date) 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivez-vous un traitement médicamenteux quotidien ? 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avez-vous un médecin traitant ? ▪ (Si oui, précisez son nom) 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avez-vous déjà réalisé un bilan médical à l'institut IRSA ? ▪ (Si oui, précisez la date) 			
Si non rempli : A FAIRE PAR LE CONSEILLER			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avez-vous déjà bénéficié d'une prise en charge spécialisée ? (Préciser la durée si possible) 	OUI	NON	Pour quelles raisons ?
1. psychomotrice :			
2. orthophonique :			
3. orthoptiste :			
4. psychologique :			
5. neuropsychologique :			
6. autres :			



Nom et prénom du jeune :

Langage oral

a) Compréhension

Eprouvez-vous souvent des difficultés pour comprendre ce que l'on vous dit ?

--

Avez-vous souvent besoin de faire répéter lorsque l'on vous parle ?

--

b) Expression

Prenez-vous souvent la parole spontanément ?

--

Avez-vous besoin de temps pour organiser vos réponses ?

--

Vous arrive-t-il souvent d'oublier ce que vous êtes en train de dire ?

--

Vous arrive-t-il souvent de chercher vos mots ou d'utiliser un mot pour un autre ?

--

Autres remarques ou points abordés concernant le langage :

--



Nom et prénom du jeune :

TEST DE MATHEMATIQUE A REALISER SANS CALCULATRICE

$$\begin{array}{r} 539 \\ +293 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 876 \\ -189 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 37 \\ \times 6 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r|l} 80 & 6 \\ \hline \end{array}$$



Relais Associatif pour Prendre SOin de la
DYSlexie DANS LE PAYS DE CAUX

Nom et prénom du jeune :

Si non rempli : A FAIRE PAR LE CONSEILLER

Langage écrit

Dicter le texte suivant :

« Le jeu pour l'enfant est donc capital. Il faut apprendre aux parents qu'il ne faut pas à tout prix réglementer le jeu. Plus le jeu est dirigé, moins il remplit son rôle. L'enfant doit se fixer lui-même un projet et des règles pour progresser. »



Relais Associatif pour Prendre SOin de la
DYSlexie DANS LE PAYS DE CAUX

Nom et prénom du jeune :

Page pour la dictée de texte (à remettre à la personne)

Ecrire son prénom, nom et la date avant de commencer merci :



Relais Associatif pour Prendre SOin de la
DYSlexie DANS LE PAYS DE CAUX

Nom et prénom du jeune :

Espace réservé aux commentaires du conseiller :