

BILAN VISUEL OPTOMETRIQUE ENFANT

Nom & prénom de l'enfant : _____

Nom du parent / tuteur : _____

SIGNES DE DIFFICULTES DE COORDINATION DES YEUX

- Se plaint de fatigue visuelle
- Se plaint de vision double
- Cache un œil ou ferme un œil pendant la lecture
- Se plaint de maux de tête
- Perd le fil de la lecture
- Se plaint de mots qui bougent sur la page

SIGNES DE DIFFICULTES DE MISE AU POINT

- Se plaint de vision floue pendant la lecture
- Evite les petits caractères
- Se plaint de vision floue en passant du cahier au tableau
- Copie lentement du tableau à son cahier
- Se gratte les yeux pour se concentrer
- Problème d'attention pendant la lecture
- Mauvaise compréhension de lecture
- Se fatigue rapidement pendant la lecture
- Tient son livre très proche de son visage

SIGNES DE DIFFICULTES DE MOUVEMENTS DES YEUX

- Utilise le doigt pour suivre la ligne
- Oublie des mots ou des lignes lors de la lecture

SIGNES DE DIFFICULTES DE TRAITEMENT DE L'INFORMATION

- Retard de la maîtrise de la correspondance lettre/son
- Ecrit de manière brouillonne
- Copie lentement du tableau à son cahier, vérifie plusieurs fois
- Inverse les lettres et inverse les chiffres
- Ne reconnaît pas le même mot répété sur une page
- Mauvaise compréhension de lecture
- Confond les mots avec des débuts similaires
- Mauvaise mémoire visuelle
- Difficultés avec l'orthographe et le vocabulaire
- Peut répondre à l'oral mais pas à l'écrit
- Difficultés à apprendre les concepts basiques des mathématiques.

SIGNES DE SENSIBILITE A LA LUMIERE

- Plisse les yeux, ferme un œil ou a les yeux qui larmoient à la lumière du soleil
- Préfère lire en luminosité faible
- Se plaint que la page est trop éblouissante

ECOLE

Nom de l'école : _____

Classe : _____

Les résultats scolaires/progrès de votre enfant correspondent-ils à ses capacités ? Oui Non

Est-ce que votre enfant a des difficultés en :

- Ecriture
- Lecture
- Orthographe
- Mathématiques

Est-ce que votre enfant reçoit de l'assistance scolaire ?

Oui Non

Est-ce qu'il y a un historique de troubles de l'apprentissage dans la famille ? Oui Non

DEVELOPPEMENT MOTEUR

Accouchement : A terme Prématuré

Par voie basse Césarienne Ventouse Forceps

Autres informations : _____

A quel âge votre enfant à :

- fait du 4 pattes :

- marché :

- fait du vélo sans roulettes :

Est-ce que votre enfant a eu une évaluation avec :

- un ORL ? Oui Non

- un orthophoniste ? Oui Non

- un ergothérapeute, un psychomotricien ou un graphothérapeute ? Oui Non

- un ostéopathe, un kiné, un kinésologue ? Oui Non

Porte-t-il des semelles orthopédiques ? Oui Non

ECRANS

Combien de temps passe-t-il par jour devant :

- Téléphone portable :

- Tablette :

- Ordinateur :

- Télévision :

- Jeux Vidéos :

Autres commentaires : _____

Prenez rendez-vous pour un bilan visuel optométrique :
- par téléphone au 07.82.72.86.43
- par email à maxime.optom@gmail.com

HUARD Maxime - Optométriste fonctionnel diplômé d'Etat