

# BILAN VISUEL OPTOMETRIQUE ENFANT

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom du parent / tuteur : \_\_\_\_\_

*Merci de ramener ce document lors de votre prochain rendez-vous, ainsi que tout autre rapport ou bilan.*

## 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 SENSIVITE 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 semble 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 a été maintenu dans une classe ?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant a reçu de l'assistance scolaire ?  Oui  Non

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

Est-ce que votre enfant a eu une évaluation avec un médecin ou psychologue scolaire ?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant a eu une évaluation de l'audition ?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant a eu une évaluation/thérapie du langage avec un orthophoniste ?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant a eu une évaluation/thérapie avec un ergothérapeute, un psychomotricien ou un graphothérapeute ?  Oui  Non

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](mailto:maxime.optom@gmail.com)