



# POSI :

18 mois, 0 jour à 34 mois, 31 jours

V1.07, 4/1/17

Child's Name:

Birth Date:

Today's Date:

## OBSERVATIONS DES PARENTS SUR LES INTERACTIONS SOCIALES (PARENT'S OBSERVATIONS OF SOCIAL INTERACTIONS, POSI)

	Plusieurs fois par jour	Quelques fois par jour	Quelques fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais
Votre enfant vous apporte-t-il/elle des objets pour vous les montrer ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<b>Tout le temps</b>	<b>Souvent</b>	<b>Parfois</b>	<b>Rarement</b>	<b>Jamais</b>
Votre enfant prend-il/elle plaisir à jouer avec d'autres enfants ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre enfant essaie-t-il/elle de vous imiter lorsque vous prononcez un mot ou agitez la main ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre enfant vous regarde-t-il/elle lorsque vous l'appellez par son nom ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre enfant regarde-t-il l'objet à l'autre bout de la pièce si vous le pointez du doigt ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<b>Il/elle prononce un mot pour désigner ce qu'il ou elle veut</b>	<b>Il/elle le montre du doigt</b>	<b>Il/elle tend la main vers l'objet</b>	<b>Il/elle me tire vers l'objet ou pose ma main dessus</b>	<b>Il/elle grogne, pleure ou crie</b>
<i>(Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quelles sont les activités ludiques préférées de votre enfant ?	<b>Jouer avec des poupées ou des animaux en peluche</b>	<b>Lire des livres avec vous</b>	<b>Grimper, courir et rester actif(ive)</b>	<b>Aligner des jouets ou d'autres objets</b>	<b>Regarder des objets tourner en rond, comme des ventilateurs ou des roues</b>
<i>(Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><i>Pour consulter les informations relatives aux remerciements, à la validation et autres au sujet des POSI, veuillez consulter le site <a href="http://www.theswyc.org/posi">www.theswyc.org/posi</a>.</i></p>					