



Lisette Colon-Collins, Assistant Commissioner
Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Questionnaire sur la langue parlée à la maison (QLM)

À tous les parents ou tuteurs :
Pour offrir la meilleure éducation possible à votre enfant, nous avons besoin de savoir dans quelle mesure votre enfant comprend, parle, lit et écrit l'anglais et quels sont ses acquis et antécédents scolaires ou personnels. Nous vous prions de remplir les sections ci-dessous intitulées *Bagage linguistique* et *Scolarité*. Votre aide à mieux servir votre enfant, en répondant à ces questions, est très appréciée. Merci.

Prière d'écrire lisiblement.		
NOM DE L'ÉLÈVE :		
Prénom	Second prénom	Nom de famille
DATE DE NAISSANCE :		SEXE
		<input type="checkbox"/> Masculin
Mois	Jour	Année
		<input type="checkbox"/> Féminin
PARENT OU PERSONNE EXERÇANT DES RESPONSABILITÉS PARENTALES :		
Nom de famille	Prénom	Rapport ou relation à l'élève

CODE DE LA LANGUE PARLÉE À LA MAISON

Bagage linguistique

(Prière de cocher toutes les cases qui s'appliquent.)

1. Quelle(s) langue(s) parle-t-on à la maison ou résidence de l'élève ?	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Autre	_____	<i>préciser</i>
2. Quelle est la première langue apprise de votre enfant ?	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Autre	_____	<i>préciser</i>
3. Dans quelle langue chacun des parents ou tuteurs s'exprime-t-ils à la maison ?	<input type="checkbox"/> Mère	_____	<input type="checkbox"/> Père	_____
	<input type="checkbox"/> Tuteur(s)	_____		<i>préciser</i>
4. Quelle(s) langue(s) votre enfant comprend-il ?	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Autre	_____	<i>préciser</i>
5. Quelle(s) langue(s) votre enfant parle-t-il ?	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Autre	_____	<input type="checkbox"/> Ne la (les) parle pas. <i>préciser</i>
6. Quelle(s) langue(s) votre enfant lit-il ?	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Autre	_____	<input type="checkbox"/> Ne la (les) lit pas. <i>préciser</i>
7. Quelle(s) langue(s) votre enfant écrit-il ?	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Autre	_____	<input type="checkbox"/> Ne l' (les) écrit pas. <i>préciser</i>

SECTION RÉSERVÉE AU DISTRICT DANS LEQUEL L'ENFANT EST INSCRIT

SCHOOL DISTRICT INFORMATION :

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM :

District Name (Number) & School

Address

Questionnaire sur la langue parlée à la maison (QLM) — Page deux

Scolarité

8. Inscrire le nombre total d'années pendant lesquelles votre enfant a fréquenté l'école : _____

9. Croyez-vous que votre enfant pourrait avoir des difficultés ou un trouble quelconque susceptibles de nuire à sa capacité de comprendre, de parler, de lire ou d'écrire l'anglais ou une autre langue ? Si oui, prière de les décrire.

Oui* Non Pas certain(e)

 *Si oui, prière d'expliquer : _____

Selon vous, quel est le degré de gravité de ses difficultés ? Faible Moyen Élevé

10a. Votre enfant a-t-il par le passé été envoyé pour consultation afin de subir une évaluation pour déterminer s'il a des besoins éducatifs spéciaux ou s'il a besoin d'être aidé par une pédagogie spécifique ? Non Oui* *Prière de répondre à la question 10b ci-dessous.

10b. *S'il a été envoyé pour consultation, votre enfant a-t-il reçu par le passé des services éducatifs spéciaux?

Non Oui – Préciser le genre de service reçu : _____

Quel âge avait votre enfant lorsqu'il a reçu ces services ? (Prière de cocher toutes les cases qui s'appliquent.)

Naissance à 3 ans (Intervention précoce) 3 à 5 ans (Éducation spéciale) 6 ans ou plus (Éducation spéciale)

10c. Votre enfant suit-il un programme d'enseignement individualisé (IEP) ? Non Oui

11. Pensez-vous à autre chose que l'école devrait savoir au sujet de votre enfant ? (par ex. un talent particulier, un souci de santé, etc.)

12. Dans quelle(s) langue(s) préféreriez-vous recevoir l'information de l'école ? _____

Mois Jour Année

Signature du parent ou de la personne exerçant des responsabilités parentales _____

Date

Rapport ou relation à l'élève Mère Père Autre _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ POSITION: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

NAME: _____ POSITION: _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: No YES

**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

Mo. DAY YR.

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

- ADMINISTER NYSITELL
 ENGLISH PROFICIENT
 REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ POSITION: _____

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:

Mo. DAY YR.

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:

- ENTERING EMERGING TRANSITIONING EXPANDING COMMANDING

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION: