



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) (Home Language Questionnaire - HLQ)

À tous les parents ou personnes exerçant des responsabilités parentales :
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 est grandement appréciée.
Merci.

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

HOME LANGUAGE CODE

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 a été la première langue apprise par 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-il à la maison ?	<input type="checkbox"/> Parent 1	_____	<input type="checkbox"/> Parent 2	_____
	<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.
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.
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.

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:

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. Inscrive 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 problème médical 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) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> *Si oui, prière d'expliquer : _____ Selon vous, quel est le degré de gravité de ses difficultés ? <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Élevé
10a. Votre enfant a-t-il par le passé été envoyé pour consultation pour déterminer s'il a des besoins éducatifs spéciaux ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – Préciser le genre de services reçu : _____ Quel âge avait votre enfant lorsqu'il a reçu ces services ? (Prière de cocher toutes les cases qui s'appliquent.) <input type="checkbox"/> Naissance à 3 ans (Intervention précoce) <input type="checkbox"/> 3 à 5 ans (Éducation spéciale) <input type="checkbox"/> 6 ans ou plus (Éducation spéciale)
10c. Votre enfant suit-il un programme d'enseignement individualisé (Individualized Education Program - IEP) ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 des informations de l'école ? _____

Mois : _____ Jour : _____ Année : _____

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

Rapport ou relation à l'élève : Parent 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: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
Mo DAY YR.	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME: _____	POSITION: _____
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____	PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING
Mo. DAY YR.	
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	