

Grille d'évaluation des manifestations

VISION

| MANIFESTATION | OBSERVÉE | COMMENTAIRE |
|---|-----------|-------------|
| L'enfant plisse les yeux pour voir ou a de la difficulté à voir au tableau | Oui / non | |
| L'enfant a des maux de tête fréquents | Oui / non | |
| L'enfant lit de trop près | Oui / non | |
| L'enfant se fatigue rapidement à la lecture, confond certaines lettres, perd sa place en lisant, suit les mots avec son doigt | Oui / non | |
| L'enfant se plaint de voir double ou se ferme un œil fréquemment | Oui / non | |
| L'enfant a un œil qui louche | Oui / non | |
| L'enfant cligne des yeux souvent | Oui / non | |
| L'enfant place sa tête dans une position anormale lors de tâches visuelles | Oui / non | |
| L'enfant a des yeux rouges, qui larmoient, piquent ou brûlent | Oui / non | |
| L'enfant a des problèmes d'apprentissage | Oui / non | |

Autre(s) motif(s) : _____

Grille remplie par : _____ Fonction : _____ Date : _____

Coordonnées : _____