



# Grille d'observation à 6 mois

J'ai 6 mois et je sais	Papa(s), maman(s) m'ont vu.e le faire	Les professionnels m'ont vu.e le faire
• Tenir ma tête droite (observable par le médecin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Pas encore	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Pas encore
• Me tenir assis.e en m'aidant de mes mains	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui avec de l'aide <input type="checkbox"/> Pas encore	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui avec de l'aide <input type="checkbox"/> Pas encore
• Saisir, attraper un objet qu'on me tend	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Pas encore	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Pas encore
• Sourire quand on me sourit	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Pas encore	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Pas encore
• Regarder, sourire quand on me parle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Pas encore	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Pas encore
• Faire « lalala », etc. (babiller)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Pas encore	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Pas encore

