



NIEPUBLICZNA SZKOŁA PODSTAWOWA „NIEBIESKI ZAKĄTEK” Z ODDZIAŁAMI INTEGRACYJNYMI I SPECJALNYMI W CHORZOWIE, UL. OPOLSKA 21

*Zwracamy się z prośbą o wypełnienie niniejszej ankiety.
Zebrane wiadomości pozwolą lepiej poznać dziecko pod kątem jego rozwoju i potrzeb.*

ANKIETA DOTYCZĄCA POZIOMU FUNKCJONOWANIA DZIECKA

.....
(imię i nazwisko dziecka)

1. Czy dziecko porusza się samodzielnie? (jeśli nie, proszę wskazać rodzaj sprzętu którego wymaga)
.....
.....
.....
2. Czy dziecko jest samodzielne w sferze czynności higienicznych? (proszę opisać jakiej pomocy wymaga, w jaki sposób komunikuje potrzeby fizjologiczne i czy jest pampersowane)
.....
.....
.....
3. Proszę wymienić przebyte poważne choroby
.....
.....
.....
4. Aktualnie zażywane leki (jaka jest przyczyna ich podawania, czy wymaga podania leku między 7.30 a 15.30)
.....
.....
.....
5. Czy dziecko jest poddawane obowiązkowym szczepieniom ochronnym?
.....
.....
6. Czy u dziecka stwierdzono padaczkę? (jeśli tak, proszę napisać kiedy została stwierdzona, opisać jak wyglądają ataki padaczki, podać ich częstotliwość, wymienić zażywane leki)
.....
.....
.....
7. Czy dziecko wymaga stosowania specjalistycznej diety? (jeśli tak, proszę opisać jakiej)
.....
.....
.....
8. Czy dziecko je samodzielnie? (jeśli nie, proszę opisać jakiego rodzaju pomocy potrzebuje)
.....
.....
.....



NIEPUBLICZNA SZKOŁA PODSTAWOWA „NIEBIESKI ZAKĄTEK” Z ODDZIAŁAMI INTEGRACYJNYMI I SPECJALNYMI W CHORZOWIE, UL. OPOLSKA 21

9. Jakie zachowania trudne przejawia dziecko? Czy pojawiają się zachowania nieakceptowane społecznie, akty autoagresji lub agresji wobec osób z otoczenia? (jeśli tak, proszę szczegółowo je opisać)

.....
.....
.....
.....
.....

10. W jakich sytuacjach dziecko przejawia zachowania trudne?

.....
.....
.....

11. W jakich sytuacjach dziecko przejawia lęk? (proszę opisać również jak dziecko reaguje na te sytuacje)

.....
.....
.....

12. Czy u dziecka występują stymulacje? (jeśli tak, proszę je opisać)

.....
.....
.....

13. Czy zaobserwowaliście Państwo nadwrażliwość dziecka na światło, dźwięk, dotyk?

.....
.....
.....

14. Proszę wymienić cechy dziecka uważane przez Państwa za jego mocne strony

.....
.....
.....

15. Proszę opisać jakie aktywności preferuje dziecko, ulubione zabawy i smakołyki

.....
.....
.....

16. Proszę opisać trudności wychowawcze, nad którymi chcą Państwo pracować

.....
.....
.....

.....
(data i podpis rodzica / opiekuna prawnego)