………………………….

Miejsce, data

**Kwestionariusz zgłoszeniowy**

1. Imię i nazwisko dziecka:…………………………………………………………………………………………………………
2. Data urodzenia dziecka:…………………………………………………………………………………………………………
3. PESEL dziecka:………………………………………………………………………………………………………………………
4. Diagnoza: ………………………………………………………………………………………………………………………………
5. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności ………………………………………………………….
6. Wykształcenie rodziców / wykonywany zawód: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………
7. Czy dziecko posiada rodzeństwo? TAK / NIE
8. Czy dziecko uczęszcza/ło do żłobka / przedszkola? TAK / NIE
9. Jakiego? ……………………………………………………………………………………………………………………………

**Dane kontaktowe rodziców/ opiekunów prawnych**

1. Imię i nazwisko matki:…………………………………………………………………………………………………………
2. Telefon kontaktowy :…………………………………………………………………………………………………………
3. Adres e-mail:………………………………………………………………………………………………………………………
4. Imię i nazwisko ojciec:…………………………………………………………………………………………………………
5. Telefon kontaktowy :…………………………………………………………………………………………………………
6. Adres e-mail:………………………………………………………………………………………………………………………

**Dane dotyczące stanu zdrowia dziecka**

1. Czy dziecko jest pod opieką specjalistów (lekarz neurolog, psychiatra itp…)? TAK / NIE
2. Jakiego/jakich?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Z jakiego powodu? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Czy i na jakie choroby dziecko choruje najczęściej?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy dziecko miało utraty przytomności, drgawki, omdlenia? TAK / NIE
2. Kiedy i w jakiej sytuacji doszło omdlenia lub utraty przytomności, co było przyczyną itp.?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy dziecko ma napady padaczkowe? TAK / NIE
2. Jeśli tak, jak często występują? …………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy istnieją jakieś specyficzne czynniki, które mogą dodatkowo wywołać atak? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Czy dziecko przyjmuje na co dzień leki? TAK / NIE
3. Jakie i w jakich dawkach? …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy dziecko jest uczulone? TAK / NIE
2. Jeśli tak, na co jest uczulone? (pokarmy, leki, itd.) ……………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy jest na specjalnej diecie? TAK / NIE
2. Jeśli tak to jakiej?.………………………………………………………………………………………………………
3. Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka:………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Dane dotyczące terapii**

1. Z jakiej/jakich terapii dziecko aktualnie korzysta?………………………………….………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy otrzymaliście Państwo wskazówki terapeutyczne? TAK / NIE
2. Jakie?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Informacje dotyczące rozwoju dziecka:**

1. W jakim wieku dziecko zaczęło:
2. Głużyć……………………………………………………………………………………………………………….……………...
3. Gaworzyć….……………………………………………………………………………………………………………………...
4. Mówić ….…………………………………………………………………………………………………………..……………...
5. Przewracać się z brzucha na plecy ..………………………………………………………………….……………...
6. Samodzielne siadać ………………………………………………………………………………………….……………...
7. Pełzać .……………………………………………………………………………………………………………..……………...
8. Raczkować ...……………………………………………………………………………………………………..……………..
9. Wstawać…………………………………………………………………………………………………………...……………...
10. Chodzić …………………………………………………………………………………………………………….……………...
11. Czy obecnie dziecko porusza się / przemieszcza samodzielnie? TAK / NIE
12. Jeśli tak, w jaki sposób przemieszcza się: chodzi samodzielnie, przy wsparciu, raczkuje, pełza, przesuwa się na pośladkach, turla się, inne – jakie? ………………………………………………

**Koordynacja ruchowa:**

1. Czy dziecko potrafi:
2. wykonać czynność oburącz: TAK / NIE
3. przekładać zabawkę z ręki do ręki TAK / NIE
4. wykonać ruchy naprzemienne TAK / NIE
5. turlać/ toczyć piłkę TAK / NIE
6. rzucać piłkę TAK / NIE
7. łapać piłkę TAK / NIE
8. kopać piłkę TAK / NIE
9. stać na jednej nodze TAK / NIE
10. podskoczyć obunóż TAK / NIE
11. czy jego ruchy są płynne TAK / NIE
12. Sprawność manualna – czy potrafi:
13. wskazywać palcem wskazującym TAK / NIE
14. klaskać w dłonie TAK / NIE
15. poruszać ręką by dotknąć określonej części ciała TAK / NIE
16. trzymać kredkę TAK / NIE
17. malować farbami TAK / NIE
18. nakładać sześciany na kołek TAK / NIE

**Samoobsługa:**

1. Czy dziecko potrafi:
2. zakładać i zdejmować ubrania TAK / NIE / Z POMOCĄ
3. myć ręce TAK / NIE / Z POMOCĄ
4. samodzielnie spożywać posiłki TAK / NIE / Z POMOCĄ
5. samodzielnie pić TAK / NIE / Z POMOCĄ
6. sygnalizować potrzeby fizjologiczne TAK / NIE
7. nosi pieluszki TAK / NIE
8. dodatkowe informacje: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Sfera społeczno-emocjonalna:**

(odpowiednie podkreślić)

1. W jaki sposób dziecko nawiązuje kontakt? Wzrokowy / fizyczny / emocjonalny / słowny / przez przedmiot / inny, jaki?……………………………………………………………………………………………………
2. Czy dziecko ma łatwość w nawiązywaniu kontaktów z innymi: sam go inicjuje / unika kontaktu / odpowiada na kontakt inicjowany przez inne osoby / inne, jakie?………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Osoby, z którymi nawiązuje kontakt: rodzice / opiekunowie / rodzeństwo / osoby nieznane / dzieci.
4. W jaki sposób komunikują się Państwo z dzieckiem: językiem mówionym / sylaby / pojedyncze wyrazy / zdania proste / złożone / zniekształcenia w zakresie mowy / agramatyzmy / językiem miganym / piskiem / nieartykułowane dźwięki / krzyk / chrząkanie/ płacz / gestami / mimiką / pismem / rysunkiem / obrazkiem /piktogramem / PCS – ami / inne, jakie? ………………………………………………………………………………………………………………………………………
5. Cechy charakterystyczne dziecka:
6. Dziecko jest raczej: pogodne /spokojne / ruchliwe / płaczliwe / lękliwe / zamknięte w sobie / odważne / inne, jakie?
7. W kontaktach z innymi dziecko: jest uległe /narzuca swoją wolę / współdziała / jest troskliwe / jest obojętne / inne, jakie? ………………………………………………………………………………
8. W zdenerwowaniu lub złości najczęściej: płacze / rzuca się na ziemię / bije innych / bije siebie / gryzie siebie / gryzie innych / szczypie siebie /szczypie innych / zamyka się w sobie / ustępuje / inne zachowania, jakie? ………………………………………………………………………
9. Czy występują u Państwa dziecka inne zachowania trudne/niepożądane? TAK / NIE
10. Jeśli tak, jakie?…………………………………………………………………………………………………………………
11. Czy są sytuacje, w których Państwa dziecko się boi? TAK / NIE
12. Proszę podać jakie sytuacje wywołują lęk? ……………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………….………
13. Czy dziecko uczestniczy w zabawach grupowych z innymi dziećmi/dorosłymi? TAK / NIE
14. W czasie wolnym dziecko najchętniej zajmuje się: zabawkami / rysowaniem / malowaniem / lepieniem z plasteliny / zabawą w ciastolinie / bieganiem / kręceniem przedmiotami / tańcem / budowaniem z klocków / oglądaniem bajek / oglądaniem książek / czytaniem książek / słuchaniem czytanych bajek / pomaganiem w codziennych czynnościach / ma własne zainteresowania – jakie? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………
15. Czy dziecko ma ulubione zabawki, którymi się bawi lub przedmioty, którymi się posługuje? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
16. Czy dziecko ma jakieś zainteresowania? TAK / NIE
17. Jakie? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Funkcjonowanie zmysłów:**

(odpowiednie podkreślić)

1. Funkcjonowanie zmysłu wzroku u Państwa dziecka: (wady wzroku – zez /oczopląs, inne – jakie? ; cechy widzenia – pole widzenia, widzenie z dali, widzenie z bliska, kąt widzenia itp.; nadwrażliwość, niedowrażliwość wzrokowa) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Funkcjonowanie zmysłu słuchu u Państwa dziecka (wady słuchu – niedosłuch – proszę podać w jakim stopniu, ewentualnie załączyć badanie słuchu, nadwrażliwość, niedowrażliwość słuchowa itp.) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Funkcjonowanie zmysłu dotyku i propriocepcji (nadwrażliwość, niedowrażliwość dotykowa, bodźce dotykowe, które dziecko lubi bądź których unika) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Funkcjonowanie równowagi u Państwa dziecka (trudności z utrzymywaniem równowagi, lubi/ nie lubi zmian położenia ciała, cierpi na chorobę lokomocyjną, boi się wchodzić i schodzić ze schodów, nie potrafi omijać przeszkód, nie lubi bujać się na huśtawkach itp.) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
5. Inne informacje i sugestie, które chcielibyście Państwo przekazać: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Godziny oraz dni pobytu dziecka w przedszkolu:** ………………………………………………………………………………

...................................................... ……………………………………….

(podpis rodzica)