

Kwestionariusz

służący sporządzeniu oceny psychologicznej i/lub pedagogicznej dziecka

I. Dane osobowe:

1. Imię i nazwisko dziecka.....
2. Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego.....
3. Data i miejsce urodzenia dziecka.....
4. Adres zamieszkania dziecka.....

W poniższych pytaniach proszę zaznaczyć odpowiedź X

II. Sytuacja rodzinna dziecka:

| | |
|-----------------------------|-------|
| Rodzina rozbita | |
| Rodzina pełna | |
| Rodzina zrekonstruowana | |
| Rodzina adopcyjna-zastępcza | |
| Inne | |

Liczebność rodziny:

| | |
|------------------------------|--|
| Czy dziecko ma rodzeństwo? | |
| Jeżeli tak to w jakim wieku? | |

II. Charakterystyka funkcjonowania dziecka:

Stopień samodzielności dziecka należy porównać z samodzielnością oczekiwaną dla dzieci w danym wieku. Określić na ile zakres pomocy nad dzieckiem świadczony przez opiekunów przewyższa wsparcie potrzebne dziecku w jego wieku.

1. Stopień samodzielności dziecka w ubiorze:

| | tak | nie |
|-------------------------------------|-------|-----|
| samodzielnie | | |
| Wymaga pomocy w: | | |
| -ubieraniu się | | |
| -sznurowaniu butów | | |
| -zapinaniu guzików | | |
| -inne(proszę podać zakres wsparcia) | | |

2. Stopień samodzielności dziecka w spożywaniu posiłków:

| | tak | nie |
|-------------------------------------|-------|-----|
| samodzielnie | | |
| wymaga rozdrobnienia posiłku | | |
| konieczność stosowania diety | | |
| inne (proszę podać zakres wsparcia) | | |

3. Stopień samodzielności dziecka w przemieszczaniu się w środowisku:

| | tak | nie |
|-------------------------------------|----------------|-----|
| samodzielnie | | |
| wymaga stałego nadzoru | | |
| asekuracji | | |
| korzysta z kuli łokciowej | | |
| wózka inwalidzkiego | | |
| utyka ,potyka się | | |
| występują zaburzenia równowagi | | |
| inne (proszę podać zakres wsparcia) | | |

4. Stopień samodzielności dziecka w higienie:

| | tak | nie |
|-------------------------------------|----------------|-----|
| samodzielnie | | |
| wymaga pomocy w : | | |
| -kąpieli | | |
| -myciu | | |
| inne (proszę podać zakres wsparcia) | | |

5. Stopień realizacji potrzeb fizjologicznych:

| | tak | nie |
|-------------------------------------|----------------|-----|
| samodzielnie | | |
| nie sygnalizuje potrzeb | | |
| nie kontroluje potrzeb | | |
| wymaga cewnikowania | | |
| korzysta z pampersów | | |
| moczy się w nocy | | |
| inne (proszę podać zakres wsparcia) | | |

6. Stopień samodzielności dziecka w komunikowaniu się z otoczeniem:

| | tak | nie |
|----------------------------------------|----------------|-----|
| mówi pełnymi, prostymi zdaniami | | |
| pojedynczymi słowami | | |
| niezrozumiale, niewyraźnie | | |
| mówi po swojemu | | |
| jąka się | | |
| nie mówi | | |
| nie rozumie mowy | | |
| nie spełnia poleceń | | |
| porozumiewa się gestem | | |
| posługuje się językiem migowym | | |
| inne (proszę podać sposób komunikacji) | | |

7. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, pomoce techniczne:

| | tak | nie |
|----------------------------------------|-------|-----|
| Kule łokciowe | | |
| Szklą korekcyjne | | |
| Aparaty słuchowe | | |
| Sposób dostosowania mieszkania | | |
| Inne (proszę podać zakres wyposażenia) | | |

8. Rodzaj zabiegów rehabilitacyjnych:

| | tak | nie |
|------------------------------------------|-------|-----|
| Rehabilitacja usprawniająca (jak często) | | |
| Basen (jak często) | | |
| Gimnastyka korekcyjna (jak często) | | |
| Terapia logopedyczna (jak często) | | |
| Terapia pedagogiczna (jak często) | | |
| Terapia psychologiczna (Jak często) | | |
| Inne (proszę podać zakres wsparcia) | | |

9. Sytuacja szkolna dziecka:

| | tak | nie |
|------------------------------------|-----|-----|
| żłobek | | |
| przedszkole ogólnodostępne | | |
| przedszkole integracyjne | | |
| przedszkole specjalne | | |
| szkoła ogólnodostępna | | |
| szkoła ogólnodostępna z internatem | | |
| szkoła integracyjna | | |
| oddział integracyjny | | |
| szkoła specjalna | | |
| szkoła specjalna z internatem | | |
| ośrodek szkolno-wychowawczy | | |

10. Rozwój emocjonalny dziecka ze wskazaniem opóźnień i zaburzeń:

| | tak | nie |
|------------------------------|-----|-----|
| zna normy społeczne | | |
| przestrzega norm społecznych | | |
| rozumie normy społeczne | | |

| | tak | nie |
|------------------------------|-----|-----|
| występują zaburzenia snu | | |
| występują zaburzenia apetytu | | |

| | | |
|--------------------------------------|-----|-----|
| | tak | nie |
| chętnie nawiązuje kontakty społeczne | | |

Inne problemy dziecka (proszę opisać z czym sobie radzi, a z czym ma problemy np. rysowanie, jazda na rowerze itp.)

.....

.....

.....

11. Funkcjonowanie przedszkolno-szkolne:

| | | |
|---------------------------------------------|-----|-----|
| | tak | nie |
| utrzymuje prawidłowe relacje z rówieśnikami | | |

Jeżeli **NIE** to proszę opisać jakie dziecko ma problemy, czy jest lubiane przez rówieśników.....

.....

.....

| | | |
|-------------------------------------------|-----|-----|
| | tak | nie |
| chętnie uczestniczy w zabawach, zajęciach | | |

Jeżeli **NIE** to proszę opisać dlaczego i z czego to wynika

.....

.....

.....

| | | |
|----------------------------|-----|-----|
| | tak | nie |
| występują problemy z nauką | | |

Jeżeli **TAK** to proszę opisać jakie dziecko ma problemy, czy są trudności w nauce i z czego wynikają, z czym sobie nie radzi

.....

.....

.....

Oświadczam, iż podane przez mnie informacje są prawdziwe.

.....

(Miejscowość, data)

(Podpis z imienia i nazwiska opiekuna dziecka)

Pouczenie:

W celu uzupełnienia dokumentacji, prosimy o wypełnienie kwestionariusza, który będzie podstawą do dokonania oceny sytuacji społecznej przez członka składu orzekającego.