Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 10
ul. Wrzeciono 24, 01-963 Warszawa
www.ppp10.waw.pl, 22 835 03 48, sekretariat.ppp10@eduwarszawa.pl | sekretariat@ppp10.waw.pl

Informacje wstępne od rodziców/rodzica/opiekuna prawnego

Kwestionariusz do wypełnienia przez rodzica/opiekuna prawnego przed pierwszą wizytą.

Dokument - wypełniony i podpisany przez osoby wypełniające
- należy przynieść na pierwszą wizytę u psychologa Poradni.

Data ……..……..

Imię i nazwisko dziecka ……..…….…….…….

Przedszkole ……..….. grupa ……

Nazwisko i imię osoby udzielającej informacji……..…….……

stopień pokrewieństwa …….…….

Część pierwsza – informacje o aktualnej sytuacji dziecka

1. Proszę napisać, w jakiej sprawie zgłaszają się Państwo do Poradni? (opis konkretnych trudności zarówno w domu, jak i w placówce, kiedy się pojawiły i jak dziecko sobie z nimi radzi)
   ……
   ……..
   ……..
   ……..
   ……..
   ……..
   ……..
   ……..
   ……..

2. Jeżeli przedszkole przygotowało dla Państwa opinię to proszę powiedzieć, czy zgadzają się Państwo z tym, co zostało w niej napisane. Jeśli są jakieś kwestie kontrowersyjne to proszę napisać, czego one dotyczą oraz jaki jest Państwa punkt widzenia w danej sprawie.
   ……..
   ……..
   ……..
   ……..
   ……..
   ……..

3. Na jakie zajęcia (terapeutyczne, wspomagające, rozwijające zainteresowania itp.) <u>aktualnie</u> uczęszcza dziecko?
   - w przedszkolu ……..
     ……..
   - poza placówką . ……..
     ……..

4. Proszę wymienić **mocne strony** dziecka ……..
   ……..
   ……..
   ……..
   ……..
   ……..
   ……..

5. Czy Pani/Pana zdaniem są jakieś ważne informacje, o które nie zapytano, a o których Pani /Pana zdaniem powinien wiedzieć specjalista naszej poradni przed spotkaniem? …….
   ……..
   ……..
   ……..
   ……..
   ……..
   ……..

Część druga – wywiad dotyczący rozwoju dziecka, występujących trudności, sytuacji rodzinnej i zdrowotnej dziecka

1. **Sytuacja rodzinna**

- Dziecko wychowane jest:
  - w rodzinie pełnej
  - w rodzinie rozbitej
  - w rodzinie zrekonstruowanej
  - pozostaje w rodzicielskiej opiece naprzemiennej
  - przez jednego z rodziców (którego …….)
  - inne (jakie?) ……..

- Dane dotyczące rodziców:

	imię i nazwisko	wiek	wykształcenie (zawód)	miejsce pracy	stan zdrowia
matka					
ojciec					

- Rodzeństwo: …..……..……
  ……..
  ……..
- Osoby wspólnie zamieszkujące: ……..
  ……..
- Inne osoby zajmujące się dzieckiem ……..…….

- Żłobek od …….…….. do ……
- Przedszkole od …….…..…. do ……..…….

2. **Historia życia dziecka**

- Ciąża (która z kolei) …..…….…….. Dziecko (które z kolei) ……..…….
- Problemy zdrowotne matki/płodu w czasie ciąży ……...……
  ……..
- Przebieg ciąży …….……
  ……..……
- Przyjmowane leki w trakcie ciąży: ……..
- Poród w tygodniu …… **Rozwiązanie**: siłami natury /cesarskie cięcie / inne
- Waga noworodka …….…… Pkt. Apgar …….……...……
- Stan zdrowia noworodka …….
  ……..
  .....
  ……..

- Przebyte choroby …….
  ……..
  .....
  ……..

- Przyjmowane leki ……..…….
  ……..
  .....
  ……..

- Wypadki: NIE / TAK (jeśli TAK wpisać jakie i kiedy) ……..
  ……..
  .....

- Urazy: NIE / TAK (jeśli TAK wpisać jakie i kiedy) ……...
  ……..
  .....

- Hospitalizacje: NIE / TAK (jeśli TAK wpisać z jakiego powodu i kiedy) …….
  ……..
  ……..

- Operacje: NIE / TAK (jeśli TAK wpisać jakie i kiedy) ……..
  ……..
  ……..

- Opieka Poradni specjalistycznych: NIE / TAK (jeśli TAK wpisać jakie i kiedy) ……..……
  ……..
  ……..

- Rozwój psychofizyczny : (w okresie wczesnodziecięcym 0-3 r.ż.)

  - rozwój ruchowy siadanie : ……..…….……. chodzenie : ……..…….……...……...….

  - rozwój mowy gaworzenie : ……. pierwsze słowo: ….…..…… zdania: …….

  - rozwój emocjonalny ……..…..…..……...……
    …….
    …….
    ……..……
    ……..……
  - rozwój społeczny ……..……..……
    …….
    …….
    ……..……
    ……..……

- Dominujące trudności okresu:
    - niemowlęcego ……..……..……..……
      …….
      …….
      ……..……
      ……..……
      ……..……
    - przedszkolnego ……..……..……...……...……..……...…
      …….
      …….
      ……..……
      ……..……
      ……..……
- Czy występuje/występują?
    - nadpobudliwość ……..……
      …….
    - obgryzanie paznokci ……..……
    - ruchy mimowolne (tiki) ……..…….
      …….
    - manieryzmy/ stereotypie ruchowe …….
      ……..……
    - problemy ze spaniem ……..…….
    - problemy ze skupieniem uwagi ……..…….
    - inne (proszę wymienić) ……..……..……
      …….
      …….
- Sprawność fizyczna i ruchowa:
  w porównaniu z rówieśnikami: bardzo dobra / dobra / przeciętna / słaba / bardzo słaba
  ……..……
  ……..……
  ……..……
- Zabawa (ulubione zabawki, aktywności) ……...……...……...……...
  ..……....……...……
  …….……...……..
  ……...……...
- Dostęp do ekranów (jak długo, jak często) ……..…..……...……
  ….……...……...……
  ….……...……...……
- Dieta (nawyki żywieniowe, wybiórczość pokarmowa) ……..……..……..……..

……..……..…..…
……..…….

Inne ważne informacje z perspektywy rodzica/opiekuna dot. dziecka ……..……..….....
……
……
……
……

3. **Tygodniowy plan dnia dziecka:** (proszę o krótki opis) ….……...……
……..……
……..……
……..……
……..……
……..……
……..……
……..……

4. **Umiejętność nawiązywania kontaktów społecznych** (proszę o krótki opis) ……..……
……..……..…….…
……..……
……..……
……..……
……..……
……..……

5. **Funkcjonowanie emocjonalne** (proszę o krótki opis) ……..……..…….……
……..……..…….…
……..……
……..……
……..……
……..……
……..……

……..

……..

Data i podpis osób wypełniających kwestionariusz

(rodziców/opiekuna prawnego/rodzica)