

.....
Pieczętka Przedszkola

Kwestionariusz wywiadu o dziecku

Szanowni Państwo

Bardzo prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Zawarte w nim informacje pozwolą nam określić poziom funkcjonowania dziecka, które jest brane pod uwagę w procesie rekrutacyjnym.

Dane osobowe

Imię i nazwisko dziecka:	
Data urodzenia:	
Data wypełnienia kwestionariusza:	
Osoba wypełniająca kwestionariusz:	
Rok szkolny:	Grupa:

Informacje o dziecku

Ciąża i poród			
Wiek matki w dniu porodu :			
Wiek ojca w dniu porodu:			
Komplikacje i choroby przebyte w czasie ciąży:.....			
Jakie leki zażywane były przez matkę w czasie ciąży :			
Komplikacje w czasie porodu:			
Poród po okresie ciąży	<input type="checkbox"/> Pełnym	<input type="checkbox"/> Niepełnym	Tydzień ciąży:.....
Rodzaj porodu :	<input type="checkbox"/> Naturalny	<input type="checkbox"/> Cesarskie cięcie	<input type="checkbox"/> Inny:.....
Czas trwania porodu		Waga dziecka przy urodzeniu	
Ilość punktów w skali APGAR	Jeśli mniej niż 10 proszę podać z jakiego powodu?		
Karmienie piersią dziecka:	<input type="checkbox"/> Tak Jak długo?.....	<input type="checkbox"/> Nie	

Zdrowie dziecka

Czy dziecko cierpi na choroby przewlekłe, alergię?

Czy dziecko przyjmuje jakieś leki na stałe, jeśli tak to jakie?

Czy dziecko przyjmuje jakieś suplementy?

Czy wcześniej szukaliście Państwo pomocy psychiatrycznej, neurologicznej lub psychologicznej?
Jeśli tak prosimy o wypełnienie poniższej tabeli.

Rok, Specjalista /Placówka	Cel wizyty, postawiona diagnoza	Jakie zalecono leczenie, jakie przyniosło ono efekty?

Czy kiedykolwiek dziecko przyjmowało leki zapisywane przez psychiatrę lub neurologa? TAK / NIE

Jeśli tak prosimy o wypełnienie poniższej tabeli.

Nazwa i dawka leku	Z jakiego powodu był podawany?	Okres podawania	Efekty leczenia

Czy dziecko kiedykolwiek było hospitalizowane ? TAK / NIE

Jeśli tak proszę o wypełnienie tabeli.

Wiek dziecka	Nazwa szpitala	Jaki był powód hospitalizacji?

Czy dziecko miało kiedykolwiek wykonane badanie EEG głowy

- Nie
- Tak : wiek dziecka.....

Wynik badania :

.....

Informacje dotyczące wyżywienia i diety

Czy dziecko przejawiało lub przejawia wybiórczość pokarmową?.....
.....
.....

Stwierdzone uczulenia/ alergię na żywność?

Czy dziecko jest na diecie? Jakiej, z jakiego powodu?.....
.....
.....

Informacje o funkcjonowaniu dziecka

Kiedy po raz pierwszy zauważyli Państwo problem?
.....
.....
.....

Co zwróciło szczególnie Państwa uwagę?
.....
.....
.....

Czy problem pojawił się nagle, czy narastał stopniowo?
.....

Kiedy dziecko opanowało następujące umiejętności?

Pierwsze słowa: _____ r.ż.

Pierwsze zdania: _____ r.ż.

Raczkowanie: _____ r.ż.

Siadanie: _____ r.ż.

Chodzenie: _____ r.ż.

Wchodzenie / schodzenie ze schodów bez pomocy: _____ r.ż.

Skakanie: _____ r.ż.

Pedałowanie: _____ r.ż.

Jazda na dwukołowym rowerze: _____ r.ż.

Ubieranie się:
.....

Czy u dziecka pojawiły się (zakreślić właściwe):

- zaburzenia snu: _____ TAK / NIE wiek:

- agresja: TAK / NIE ____ wiek:
- autoagresja: _____ TAK / NIE wiek:
- krzyki: TAK / NIE ____ wiek:
- napady wściekłości: _____ TAK / NIE wiek:
- zachowania schematyczne: __ TAK / NIE wiek:
- Inne zaburzenia zachowania (proszę opisać i podać wiek)

.....

.....

- Jak dziecko reaguje na przytulanie, kontakt wzrokowy czy odwzajemnia uśmiecha.

.....

Czy dziecko rozwinęło, a następnie straciło jedną z następujących umiejętności

(zakreślić właściwe):

- reakcję na imię: TAK / NIE
- rozumienie poleceń: TAK / NIE
- wskazywanie palcem: TAK / NIE
- trening czystości: TAK / NIE
- wypowiedanie wyrazów: TAK / NIE
- składanie zdań: TAK / NIE
- umiejętność zabawy: TAK / NIE
- zwracanie uwagi na otoczenie: TAK / NIE

Czy dziecko prawidłowo opanował korzystanie z toalety? TAK / NIE

- Trening czystości został zakończony :r.ż.
- Dziecko nadal ma problemy z:

Czy dziecko było badane w Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej. Czy dziecko miało wykonane badanie inteligencji? TAK / NIE

.....

Do jakiego przedszkola uczęszczało Państwa dziecko? Od którego roku życia i jak długo?

.....

.....

Jakiego typu było to przedszkole?

Masowe

Integracyjne

Specjalne

Jakie obserwowaliście Państwo problemy związane z zachowaniem, nabywaniem nowych umiejętności czy kontaktami z innymi dziećmi? Jakie problemy zgłaszali/zgłaszają nauczyciele?

.....

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

Aktywność dziecka

Czy dziecko nawiązuje kontakt z rówieśnikami ?
.....
.....
.....

Jaka jest reakcja dziecka na polecenia?
.....
.....
.....

Jak i czym bawi się Państwa dziecko? Czy woli się bawić z innymi dziećmi czy wybiera raczej indywidualne aktywności ?.....
.....
.....

Czy dziecko ma swoje, określone zainteresowania?
.....
.....
.....

Czy jest coś czego dziecko zdecydowanie nie lubi ?
.....
.....
.....

Jak dziecko radzi sobie w sytuacjach stresowych?
.....
.....
.....

Jaki system motywacyjny stosujecie Państwo w domu wobec swojego dziecka ?
.....
.....
.....

Informacje o rodzinie

Skład rodziny
 pełna

- niepełna
- zrekonstruowana zastępcza
- opiekun prawny :

.....

Czy dziecko ma rodzeństwo ? TAK / NIE

Imię	Wiek	Czy występują jakieś problemy zdrowotne lub wychowawcze ?

Dodatkowe istotne informacje

.....

Jakie są Państwa oczekiwania wobec nauczycieli/ terapeutów?

.....

Jakie zachowania dziecka/sytuacje wymagają zdaniem Państwa telefonicznego kontaktu z rodzicami?

.....

.....
Data

.....
Podpis rodzica

Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza