



## **Karta informacji o dziecku**

- Informacje podane przez Państwa są do wyłącznej wiadomości dla kadry nauczycielskiej i terapeutów Niepublicznego Punktu Przedszkolnego „Łatwo Powiedzieć” i służą do pogłębienia wiedzy o funkcjonowaniu dziecka w różnych sytuacjach i sferach rozwojowych.
- Jeśli z jakichś powodów nie chcą Państwo udzielić odpowiedzi na któreś z poniższych pytań, proszę je opuścić.

### **Informacje ogólne**

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

Pesel.....

Adres zamieszkania.....

Data i miejsce wydania orzeczenia o niepełnosprawności.....

Diagnoza.....

Choroby współistniejące.....

### **Rodzice/opiekunowie prawni dziecka:**

Imiona nazwiska rodziców/ opiekunów prawnych.....

Telefony kontaktowe.....

e-mail.....

Inne telefony kontaktowe do dyspozycji przedszkola.....

**Funkcjonowanie dziecka w środowisku rodzinnym:**

Jak dużo czasu dziecko spędza z rodzicami w ciągu dnia.....

.....

Jeśli dziecko ma rodzeństwo, czy spędza z nim czas i jak dużo .....

.....

Jakie formy zabawy z dzieckiem najczęściej wykorzystują Państwo.....

.....

Ulubione zabawy dziecka.....

.....

Ulubione zabawki dziecka.....

W jakich sytuacjach, zdaniem Państwa, dziecko przejawia wyraźny stres, dyskomfort .....

.....

Jakie zachowania dziecka budzą Państwa niepokój .....

.....

Jakie sytuacje społeczne są dla Państwa najtrudniejsze.....

.....

Jakie pozytywne zachowania obserwują Państwo u swojego dziecka.....

.....

W jaki sposób komunikujecie się Państwo z dzieckiem.....

.....

W jaki sposób komunikuje się z dzieckiem rodzeństwo i dziadkowie .....

.....

Czy dziecko uczęszczało wcześniej do przedszkola/ żłobka.....

Z jakiej formy pomocy terapeutycznej dziecko korzystało dotychczas i aktualnie i w jakim wymiarze czasowym.....

.....

Czy dziecko pozostaje na diecie, jeśli tak jakiej .....

.....

Czy dziecko ma problemy z jedzeniem-wybiórczość, konsystencja, kolor itp.....

.....

Czy stosują Państwo system motywacyjny wobec dziecka.....

.....

Jak Państwo nagradzają swoje dziecko?.....

Czy stosują Państwo kary.....

Czy dziecko jest angażowane w codzienne życie rodzinne, jeśli tak, to w jaki sposób .....

.....

.....

Czy dziecko korzysta z gier na telefonie, jak często .....

Czy dziecko korzysta z gier/filmików na laptopie lub tablecie, jak często i jak długo .....

Czy dziecko ogląda telewizję, jak długo w ciągu dnia .....

W jakich sytuacjach dziecko dostaje telefon/tablet, laptop .....

.....

Czy mają Państwo rytuały rodzinne, w które włączone jest dziecko .....

.....

Ile godzin na dobę dziecko śpi i czy miewa problemy ze snem.....

.....

O jakich porach dziecko zazwyczaj zasypia.....

W jaki sposób dziecko zasypia (z ulubionym kocykiem, zabawką) .....

.....

### **Stan zdrowia dziecka:**

Jakie dotychczasowe diagnozy usłyszeli Państwo.....

.....

Czy dziecko choruje przewlekłe.....

Czy otrzymuje stale leki, jakie.....

Jakie poważne choroby i urazy przebyło dziecko .....

Czy było hospitalizowane (jak długo).....

Czy ma alergię.....

Czy ma nietolerancje żywieniowe.....

Czy dziecku zdarzyły się epizody padaczkowe, jeśli tak kiedy i w jakich okolicznościach .....

.....

Czy dziecko miało badany słuch i wzrok.....

Czy dziecku zdarzają się omdlenia.....

Czy są znane Państwu inne problemy zdrowotne dziecka .....

.....

.....

### **Rozwój psychoruchowy**

W jakim stopniu dziecko jest samodzielne:

Czy sprząta po sobie zabawki .....

Czy samodzielnie je posiłki ( trzyma łyżkę, widelec, pije z kubka).....

.....

.....

Czy korzysta z toalety samodzielnie lub z pomocą .....

.....

Czy ubiera się, jeśli tak, jakie części ubrań .....

Czy myje poszczególne części ciała.....

Czy potrafi umyć zęby .....

W jaki stopniu dziecko potrzebuje pomocy, asysty w różnych czynnościach życia codziennego .....

Którą ręką dziecko częściej wykonuje różne czynności .....

### **Mowa i komunikacja**

Czy dziecko mówi? .....

Czy jeśli nie mówi wokalizuje? .....

Czy dziecko rozumie mowę? .....

Czy dziecko reaguje na imię? .....

Czy dziecko sygnalizuje osobie dorosłej trudność, jeśli tak, w jaki sposób? .....

Czy sygnalizuje ból, jeśli tak w jaki sposób .....

Czy dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne lub dyskomfort z tym związany .....

Czy dziecko potwierdza werbalnie lub skinieniem głowy .....

Czy dziecko zaprzecza .....

Czy dziecko woła mamę/ tatę/ lub inne bliskie mu osoby .....

.....  
Czy dziecko sygnalizuje odczucie głodu lub pragnienia .....

.....  
Czy dziecko wykorzystuje gesty do komunikowania się, jeśli tak, jakie .....

.....  
Czy potrafi się przywitać, jeśli tak, w jaki sposób .....

.....  
Czy potrafi się pożegnać .....

Czy wskazuje palcem.....

Czy aktywnie porozumiewa się z dorosłym pomimo braku mowy, wykorzystuje do komunikacji mimikę, gestykulacje .....

.....

Czy dzieli się swoimi radościami z najbliższymi np. pokazuje tacie, gdy coś ciekawego zobaczy, gdy ma nową zabawkę .....

.....

Czy korzysta z komunikacji wspomagającej lub alternatywnej?

.....

.....

**Czy dziecko umie i lubi :**

rysować.....

malować.....

lepić z plasteliny .....

wycinać.....

układać klocki.....

bawić się autkiem.....

spiewać piosenki.....  
tańczyć.....  
oglądać książeczki.....  
spacerować.....  
huśtać się.....

Dziecko najczęściej bawi się:

samo .....  
z mamą.....  
z tatą .....  
z rodzeństwem.....  
z rówieśnikami.....  
z innymi bliskimi mu osobami .....

Czego dziecko zdecydowanie nie lubi robić.....  
.....

Jakie sytuacje ułatwiają dziecku skupienie się na zadaniu.....  
.....

**Czy chcielibyście Państwo napisać inne, istotne informacje dotyczące dziecka lub funkcjonowania rodziny, które nie zostały zawarte w pytaniach kwestionariusza?**

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



**Państwa oczekiwania względem przedszkola:**

Jakich terapii Państwo oczekują dla swojego dziecka.....

Jakich efektów szczególnie Państwo oczekują.....

Jakie są oczekiwania Państwa wobec pracowników przedszkola.....

Czy któraś z metod terapeutycznych jest Państwu szczególnie bliska .....