

.....
(imię i nazwisko dziecka)

ANKIETA
DLA RODZICÓW DZIECI ROZPOCZYNAJĄCYCH NAUKĘ
W KLASIE PIERWSZEJ SZKOŁY PODSTAWOWEJ INTEGRACYJNEJ

Bardzo się cieszymy, że wybraliście Państwo naszą szkołę. Zdajemy sobie sprawę jak wielkim przeżyciem dla rodzica i jego dziecka jest rozpoczęcie nauki w szkole. Zrobimy wszystko, aby było to przeżycie radosne i bezstresowe. Dlatego chcemy poznać Państwa dziecko, jego zainteresowania i potrzeby oraz oczekiwania Państwa w stosunku do szkoły.

1. Jakie zainteresowania przejawia Państwa dziecko?:

- a) plastyczne
- b) muzyczne
- c) ekologiczne
- d) teatralne
- e) taneczne
- f) informatyczne
- g) inne (jakie?):

2. Jakie pozytywne cechy przejawia dziecko w kontaktach z rówieśnikami?

.....
.....

3. Formy realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego:

- a) grupa rówieśnicza
- b) nauczanie indywidualne w domu
- c) wczesne wspomaganie rozwoju dziecka

Nazwa przedszkola -.....

4. Czy dziecko posiada opinię wydaną przez publiczną lub niepubliczną Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną?

NIE

TAK , w sprawie:

- a) zaburzeń zachowania lub emocji.....
- b) szczególnych uzdolnień.....
- c) specyficznych trudności w uczeniu się.....
- d) deficytów kompetencji i zaburzeń sprawności językowych.....
- e) choroby przewlekłej.....
- f) sytuacji kryzysowych lub traumatycznych.....
- g) niepowodzeń edukacyjnych.....

- h) zaniedbań środowiskowych związanych z sytuacją bytową ucznia i jego rodziny, sposobem spędzania czasu wolnego i kontaktami środowiskowymi.....
- i) trudności adaptacyjnych związanych z różnicami kulturowymi lub ze zmianą środowiska edukacyjnego, w tym związanych z wcześniejszym kształceniem za granicą

5. Czy dziecko było do tej pory pod opieką poradni specjalistycznej?

NIE

TAK , jakiej:

- a) alergologicznej f) diabetologicznej
- b) neurologicznej g) psychiatrycznej
- c) ortodontycznej h) okulistycznej
- d) laryngologicznej i) innej , jakiej:
- e) pulmonologicznej

6. Czy dziecko wymaga podawania leków?

NIE

TAK , jakich:.....

7. Czy dziecko jest samodzielne w wykonywaniu czynności samoobsługowych?

- a) ubieranie: TAK NIE
- b) rozbieranie: TAK NIE
- c) czynności związane z higieną osobistą: TAK NIE

8. Czy dziecko przejawia negatywne formy zachowań?

NIE

TAK , jakie:

- a) agresję fizyczną
- b) agresję słowną
- c) nadpobudliwość psychoruchową
- d) skłonność do konfliktów
- e) lekceważenie poleceń nauczyciela
- f) inne , jakie:

9. Inne istotne informacje na temat dziecka:

.....

.....

.....

.....
(podpis rodzica dziecka/opiekuna prawnego)