



Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 18

ul. Koncertowa 4, 02-787 Warszawa
tel. 22 259 40 05, ppp18@eduwarszawa.pl
<https://ppp18.ursynow.warszawa.pl>

INFORMACJA O FUNKCJONOWANIU DZIECKA KIEROWANEGO NA DIAGNOZĘ INTEGRACJI SENSORYCZNEJ DO PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ NR 18 W WARSZAWIE

Kwestionariusz dla nauczyciela/specjalisty dziecka uczęszczającego do przedszkola/szkoły

Jako rodzic/opiekun prawny wyrażam zgodę na przekazanie poniższych informacji dotyczących mojego dziecka pomiędzy placówką edukacyjną, do której uczęszcza, a Poradnią Psychologiczno-Pedagogiczną nr 18 w Warszawie, w celu przeprowadzenia diagnozy integracji sensorycznej.

Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia:

Placówka (przedszkole/szkoła), grupa wiekowa/klasa:

Imię i nazwisko nauczyciela/specjalisty wypełniającego kwestionariusz:.....

INFORMACJE OGÓLNE:

1. Od kiedy dziecko uczęszcza do placówki? Ile trwała adaptacja i jak długo płakało za rodzicem?
.....
.....
.....
2. Czy dziecko regularnie uczęszcza do placówki? Jeśli nie, to dlaczego?
 TAK NIE
3. Czy dziecko zgłasza dolegliwości zdrowotne (np. bóle brzucha, głowy)?
 TAK NIE
Jakie?.....
4. Ile godzin dziennie dziecko spędza w placówce?.....
5. Czy dziecko przychodzi do placówki (zaznacz prawdziwe):
 Wyspane Schludnie ubrane Umyte (z zachowaniem higieny)

6. Czy dziecko ma trudności z rozstaniem się z rodzicem rano?
 TAK NIE
7. Czy dziecko korzysta z pomocy specjalistów lub zajęć dodatkowych?
 TAK, jakie?.....
 NIE

ROZWÓJ EMOCJONALNO-SPOŁECZNY

8. Czy dziecko nawiązuje relacje z rówieśnikami?
 TAK NIE
9. Czy bawi się z innymi dziećmi podczas swobodnej zabawy?
 TAK NIE
10. Czy wchodzi w konflikty z rówieśnikami?
 TAK NIE
11. Czy dziecko chętnie wchodzi do sali?
 TAK NIE
12. Jaki nastrój dominuje u dziecka najczęściej o poranku?
.....
13. Czy respektuje zasady grupowe?
 TAK NIE
Jeśli nie, to w jakich sytuacjach?
.....
.....
14. Czy reaguje na polecenia kierowane do całej grupy?
 TAK NIE
15. Czy dziecko adekwatnie okazuje emocje?
 TAK NIE
Jak reaguje?
.....
.....
16. Czy pojawiają się zachowania agresywne?
 TAK, jakie?.....
 NIE

SFERA SENSORYCZNA DZIECKA

(Proszę zaznaczyć TAK/NIE dla każdego stwierdzenia)

DOTYK

- TAK NIE Przesadnie reaguje na niewielki ból
- TAK NIE Nie zwraca uwagi na drobne skaleczenia
- TAK NIE Lubi aktywności związane z brudzeniem się (np. malowanie palcami)
- TAK NIE Unika aktywności typu lepienie w plastelinie
- TAK NIE Nie lubi być niespodziewanie dotykane
- TAK NIE Poszukuje kontaktu fizycznego (lubi dotyk, przytulanie)
- TAK NIE Poszukuje agresywnego kontaktu (uderza w ludzi, ściany)
- TAK NIE Unika używania dłoni do eksploracji dotykowej obiektów
- TAK NIE Preferuje określone ubrania, narzeka na metki i sztywność tkanin

RÓWNOWAGA I RUCH

- TAK NIE Ma słabą równowagę
- TAK NIE Podpiera głowę podczas pisania/rysowania
- TAK NIE Uwielbia huśtanie się
- TAK NIE Uwielbia szybki ruch
- TAK NIE Wygląda na przestraszone w przestrzeni
- TAK NIE Unika szybkiego ruchu
- TAK NIE Lubi ruch inicjowany przez siebie, nie lubi być poruszane przez innych
- TAK NIE Nie lubi próbować nowych zadań ruchowych
- TAK NIE Nie lubi wysokości, boi się wspinać

KOORDYNACJA

- TAK NIE Ma trudności z manipulacją (cięcie, rysowanie, zapinanie)
- TAK NIE Jest niezgrabne ruchowo, często się przewraca
- TAK NIE Trudności z nauką nowych aktywności ruchowych
- TAK NIE Nie różnicuje prawo-lewo (powyżej 7 r.ż.)
- TAK NIE Nie trzyma kartki drugą ręką
- TAK NIE Źle trzyma ołówek
- TAK NIE Trudności z używaniem sztućców
- TAK NIE Ma trudności z łapaniem/kopaniem piłki

DODATKOWE INFORMACJE:

.....

.....

.....

.....

.....

**Dziękujemy za Pan/i/a obserwacje i wypełnienie ankiety.
Zespół terapeutów SI w PPP18**