

ПЕДАГОГІЧНО - ПСИХОЛОГІЧНА КОНСУЛЬТАЦІЯ
членська організація Моравсько-Слезької області

**Рибний ринок 177/8,
740 01 м. Опава**

тел.: 553 522 768 e-mail: posta@ppropava.cz

АНКЕТА ДЛЯ БАТЬКІВ

Підкресліть та доповніть відповідні вислови, які вважаєте важливими, визначіть особливості дитини. Ми розглядатимемо ваші дані як суворо конфіденційні відповідно до положень Закону № 101/2000 Зб. про захист персональних даних в редакції пізніших змін.

Ім'я та прізвище д и т и н и:

Дата народження:

Місце проживання, поштовий індекс:

Дитячий садок:Школа:

Клас: Класний керівник:

.....

Для дітей дошкільного віку вкажіть, до якої школи (основної школи) є дитина записана:

.....

Ім'я та прізвище б а т ь к а:

Місце проживання:Поштовий індекс:

Ім'я та прізвище м а т е р і:.....

Місце проживання:Поштовий індекс:

Брати і сестри дитини (ПІБ, рік народження, школа):

.....

.....

Медичні заклади, в яких дитина перебувала або перебуває:

.....

.....

.....

Доповніть відповідне висловлення:

Ризики розвитку:

Під час вагітності, пологів або післяпологового періоду (наприклад: передчасні пологи, ускладнення, жовтяниця новонароджених):

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

Ранній психомоторний розвиток: коли дитина почала сидіти

....., ходити
.....,

вимовляти слова , вимовляти речення

.....,

до якого часу дитина обмочувалася , тепер має труднощі з сечовипусканням

.....,

чи мала дитина якісь труднощі з вимовою (які, відвідувала логопеда, на протязі якого часу)

.....,

чи має дитина зараз певні труднощі з

мовленням.....,

чи хтось із родини розмовляє з дитиною інакше, ніж чеською

мовою.....,

дитина є правша - лівша - міняє руки - була - не була переучована - перенесення відвідування школи (реалізовано): так – ні

Стан здоров'я дитини:

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

Причина обстеження (за словами батьків):

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

Інтереси, захоплення дитини, її риси характеру, шкідливі звички:

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

Інша важлива інформація про сім'ю (наприклад, розлучення шлюбу батьків, піклування про родичів, прийомних батьків, інші важливі сімейні події):

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

Дата:

Підпис законного представника / повнолітнього клієнта:

**DOTAZNÍK PRO RODIČE**

Podtrhněte a doplňte vhodná vyjádření, která považujete za důležitá, zachyt'te zvláštnosti dítěte. Vaše údaje budeme považovat za přísně d ů v ě r n ě v souladu s ustanovením Zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

Jméno a příjmení d ě t ě t e :

Datum narození:

Bydliště, PSČ:

Mateřská škola: Škola:

Třída: Tř. učitel:

U předškolních dětí uveďte, do které školy (ZŠ) je dítě zapsáno:

Jméno a příjmení o t c e :

Bydliště: PSČ:

Jméno a příjmení m a t k y :

Bydliště: PSČ:

S o u r o z e n c í d ě t ě t e (jméno, rok narození, škola):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zdravotní ambulance, v jejichž péči dítě je nebo bylo:

.....

.....

Doplňte vhodné vyjádření:

Vývojová rizika:

V průběhu těhotenství, porodu nebo poporodním období (např: předčasný porod, komplikace, novor. žlut.):

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

Ranný psychomotorický vývoj: kdy začalo dítě sedět, chodit....., mluvit slůvky, mluvit ve větách, dokdy se dítě pomočovalo, má nyní potíže s pomočováním, mělo dítě obtíže ve výslovnosti (jaké, navštěvovalo logopeda, jak dlouho), má dítě nyní nějaké obtíže v řeči, mluví někdo v rodině s dítětem jinak než česky, dítě je pravák – levák – střídá ruce – bylo – nebylo precvičováno odklad školní docházky (realizován): ano - ne

Zdravotní stav dítěte:

Důvod vyšetření (dle názoru rodičů):

Zájmy, záliby dítěte, jeho povahové rysy, zlozvyky:

Jiné důležité údaje o rodině (např. rozvod rodičů, péči příbuzných, pěstounů, jiné závažné události v rodině):

Datum: Podpis zákon.zástupce/ zletilého klienta: