



**ANKIETA DLA RODZICA - CELE**

.....  
**Imię i nazwisko dziecka /data urodzenia (DRUKOWANYMI LITERAMI)**

.....  
**Nr telefonu rodzica i adres mailowy (DRUKOWANYMI LITERAMI)**

**Proszę o określenie 2 najważniejszych dla Państwa celów do wypracowania podczas zajęć:**

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

**Proszę wymienić i podać przykład największych trudności w funkcjonowaniu dziecka (społeczne, emocjonalne, poznawcze, ruchowe). Czy trudności występują tylko w domu czy również w innych środowiskach tj. szkoła, plac zabaw itp.:**

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

.....  
**Data i podpis rodzica**



## FUNKCJONOWANIE DZIECKA

Aby jak najlepiej dopasować zajęcia do potrzeb i możliwości Twojego dziecka poprosimy o wypełnienie ankiety. Poproszę szczerze odpowiedzieć na poniższe pytania. Prosimy o opis sytuacji, które występują najczęściej.

### 1. HARMONOGRAM TYGODNIA – godziny od... do... (lekcje, zajęcia dodatkowe – rodzaj, sen):

- PONIEDZIAŁEK.....  
.....  
.....
- WTOREK.....  
.....  
.....
- ŚRODA.....  
.....  
.....
- CZWARTEK.....  
.....  
.....
- PIĄTEK.....  
.....  
.....
- WEEKEND.....  
.....  
.....



**2. OPINIA, ORZECZENIE**

- OPINIA ryzyko dysleksji TAK/NIE
- ORZECZENIE o potrzebie kształcenia specjalnego TAK/NIE
- ADHD/ADD
- INNE

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

**3. DIETA DZIECKA (TAK/NIE)**

- Zbilansowana (Czy dziecko spożywa każdego dnia: warzywa, owoce, pełne ziarno, orzechy, ryby, kwasy omega3, woda, cukier, słodczyce tj chipsy, żelki ). TAK/NIE

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

- Czy przyjmuje jakieś suplementy, leki, witaminy TAK/NIE

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

- Czy występuje uczulenie, alergia, nietolerancja pokarmowa TAK/NIE

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

**4. AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA**

- Czy dziecko ma zapewniony ruch na świeżym powietrzu min. 3 x w tygodniu 30 min.- 40 min (jazda na rowerze, rolkach, łyżwach, basen, narty, gimnastyka, spacer, inne). TAK/NIE

.....

- Czy występuje nadpobudliwość, nadmierne pobudzenie, ciągle wiercenie się podczas odrabiania lekcji TAK/NIE

.....



- Czy dziecko korzystało kiedyś z zajęć jogi dla dzieci lub zajęć relaksacyjnych TAK / NIE
- .....

**5. DYSTRAKTORY (ile czasu dziecko spędza przy multimediami każdego dnia):**

- Komputer - .....
- Telefon - .....
- Tv - .....
- Konsole - .....

**6. SENSORYKA**

- Czy ma wzmożone lub obniżone napięcie mięśniowe? TAK/NIE
- Wydaje się być nadpobudliwe, w ciągłym ruchu, kręci się i wierci ? TAK/NIE
- Trudność sprawia mu rysowanie, wycinanie, malowanie, czynności manualne? TAK/NIE
- Wydaje się nadwrażliwe na dotyk, nie lubi metek, masażu różnymi fakturami itp.? TAK/NIE
- Często wpada na przedmioty, potyka się, przewraca? TAK/NIE
- Czy jest nadwrażliwe na hałas, nie lubi głośnych dźwięków? TAK/NIE
- Czy występuje choroba lokomocyjna ? TAK/NIE

7. Czy dziecko korzystało już kiedyś z treningu koncentracji uwagi lub pamięci TAK/NIE