

Kwestionariusz

służący do sporządzenia oceny psychologicznej lub pedagogicznej dziecka

I. Dane osobowe:

1. Imię i nazwisko dziecka:
2. Data i miejsce urodzenia dziecka:
3. Adres zamieszkania dziecka:
4. Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:

II. Sytuacja rodzinna dziecka: (np. rodzina pełna, rozbita, zrekonstruowana, adopcyjna, zastępcza - jeśli tak to od kiedy, inne) opisać środowisko wychowawcze dziecka:

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

Liczebność rodziny: (czy dziecko ma rodzeństwo ?, w jakim wieku?, proszę wymienić wszystkie osoby wspólnie z zamieszkujące i zaznaczyć stopień pokrewieństwa).....

.....
.....

III. Źródło utrzymania i sytuacja materialna rodziny: (z czego utrzymuje się rodzina- wynagrodzenie za pracę, renta, emerytura opiekunów, inne źródła).....

.....
.....

IV. Sytuacja mieszkaniowa rodziny: (np. bloki kamienica, domek jednorodzinny, inne- jakie) proszę podać.....

- ilość pokoi (nie licząc kuchni) które piętro.....
- | | | |
|--|--------|--------|
| Czy w budynku jest winda | a) tak | b) nie |
| Czy w mieszkaniu znajduje się:- łazienka | a) tak | b) nie |
| - wc | a) tak | b) nie |
| - kuchnia | a) tak | b) nie |
| - gaz | a) tak | b) nie |
| - bieżąca woda | a) tak | b) nie |
| - ogrzewanie | a) tak | b) nie |
- Czy mieszkanie jest przystosowane do potrzeb rodziny? jakie?.....
- a) tak b) nie (Jeśli nie, to dlaczego?)
-

Czy dziecko ma własny pokój:

V. Charakterystyka funkcjonowania dziecka

(Stopień usamodzielnienia dziecka należy porównać z samodzielnością oczekiwaną dla dzieci w danym wieku. **Określić na ile zakres pomocy lub opieki nad dzieckiem świadczony przez opiekunów przewyższa wsparcie potrzebne dziecku w jego wieku):**

1. Stopień samodzielności dziecka w ubiorze:

(np. w sznurowaniu butów, zapinaniu guzików, inne).

Samodzielnie / wymaga pomocy *

Proszę podać zakres wsparcia lub pomocy:

* podkreśl właściwą odpowiedź

2. Stopień samodzielności dziecka w spożywaniu posiłków:

(np. czy posługuje się nożem, wymaga rozdrobnienia posiłku, stosowania ssaka i inne

w tym konieczność stosowania diety, jeśli tak to jakiej, inne).

Samodzielnie / wymaga pomocy *

Proszę podać zakres wsparcia lub pomocy:
.....
.....

3. Stopień samodzielności dziecka w przemieszczaniu się w środowisku:

(np. czy porusza się samodzielnie, czy wymaga stałego nadzoru, asekuracji, korzysta z kuli łokciowej, wózka inwalidzkiego, utyka, potyka się, występują zaburzenia równowagi, inne).

Samodzielnie / wymaga pomocy *

Proszę podać zakres wsparcia lub pomocy:
.....
.....

4. Stopień samodzielności dziecka w higienie:

(np. w kąpielu, myciu, czesaniu, obcinaniu paznokci, inne)

Samodzielnie / wymaga pomocy *

Proszę podać zakres wsparcia lub pomocy:
.....
.....

Stopień realizacji potrzeb fizjologicznych:

(np. nie sygnalizuje potrzeb, nie kontroluje potrzeb fizjologicznych, cewnikowany, korzysta z pampersów, moczy się w nocy, inne)

Samodzielnie / wymaga pomocy *

Proszę podać zakres wsparcia lub pomocy:
.....
.....

5. Stopień samodzielności dziecka w komunikowaniu się z otoczeniem:

(np. mówi prostymi, pełnymi zdaniami, pojedynczymi słowami, niezrozumiale, niewyraźnie, po swojemu, jąka się, nie mówi, nie rozumie mowy, nie spełnia poleceń, porozumiewa się gestem, posługuje się językiem migowym, inne)

Proszę podać sposób komunikacji :

.....
.....

6. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, pomoce techniczne:

(np. kule łokciowe, szkła korekcyjne, aparaty słuchowe, materac przeciwoleżynowy, sposób dostosowania mieszkania, inne)

korzysta / nie korzysta*

Proszę podać zakres wyposażenia:

.....
.....

Rozwój ruchowy dziecka (proszę krótko opisać):

motoryka mała (czyli czynności, które są wykonywane przy pomocy rąk

np. pisanie, rysowanie, lepienie z plasteliny, rzeźbienie, chwytanie przedmiotów)

prawidłowa/ograniczona *

Proszę podać ograniczenia:

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

* podkreśl właściwą odpowiedź

Strona 2 z 4

motoryka duża (czyli wszystkie ruchy, w które zaangażowane jest całe ciało lub jego znaczna część, np. chodzenie, bieganie, skakanie, jazda na rowerze, pływanie, gra w piłkę)

prawidłowa/ograniczona *

Proszę podać ograniczenia:

.....
.....
.....
percepcja wzrokowo – ruchowa (czyli wszystkie czynności, które wymagają od nas
jednoczesnego użycia oczu i rąk np. zabawy z piłką, rzucanie do celu)

prawidłowa/ograniczona*

Proszę podać ograniczenia:

.....
.....
.....
Rodzaj zabiegów rehabilitacyjnych, usprawniających, terapeutycznych:

(np. rehabilitacja usprawniająca, basen, gimnastyka korekcyjna, terapia logopedyczna,
pedagogiczna, psychologiczna i inne)

korzysta / nie korzysta*

Proszę podać zakres wsparcia:

.....
.....
.....
7. Sytuacja szkolna dziecka:*

Aktualnie która klasa:

- uczeń szkoły masowej
- uczeń klasy specjalnej
- uczeń klasy integracyjnej
- klasy życia

Czy dziecko miało odraczany obowiązek szkolny:

- tak (ile razy?).....
- nie

Czy powtarzało klasy:

- tak (ile razy?).....
- nie

Czy pobierało nauczanie indywidualne:

- tak (ile razy?)
- nie

Czy uczyło się w oddziałach psychiatrycznych:

- tak (ile razy, w których klasach?).....
- nie

Wyniki osiągane w procesie edukacji, postawa dziecka wobec szkoły

.....
.....
.....
**Relacje z rówieśnikami, funkcjonowanie w środowisku, w szkole, przedszkolu,
trudności wychowawcze**.....
.....
.....

* podkreśl właściwą odpowiedź

8. Funkcjonowanie intelektualne dziecka: (proszę wypełniać w przypadku dzieci
posiadających diagnozę psychologiczną z P.P.P, P.Z.P, szkół, szpitali i innych instytucji)
proszę podać diagnozę (najlepiej popartą dołączoną opinią psychologiczną).....
.....
.....
.....

Stosowane formy wspomagania rozwoju - wymienić :

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

9. Rodzaj i zakres koniecznej pomocy przewyższający zakres pomocy nad zdrowym dzieckiem w tym samym wieku

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

Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są prawdziwe

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Podpis z imienia i nazwiska opiekuna dziecka)

Pouczenie :

W celu uzupełnienia dokumentacji, prosimy o wypełnienie kwestionariusza, który będzie podstawą do dokonania oceny pedagogicznej lub psychologicznej dziecka przez członka składu orzekającego.

Wypełniony kwestionariusz prosimy dostarczyć do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Łodzi, al. Piłsudskiego 133 D, II piętro pokój 223, najpóźniej w terminie wyznaczonego posiedzenia składu orzekającego.

Niedostarczenie wypełnionego kwestionariusza spowoduje zawieszenie postępowania orzeczniczego.

* podkreśl właściwą odpowiedź