

**Kwestionariusz
służący do sporządzenia oceny pedagogicznej/psychologicznej dziecka**

1. Poniższy kwestionariusz ma na celu zebranie niezbędnych informacji z uwagi na odstąpienie od bezpośredniego badania osoby orzekanej wynikające ze stanu epidemii (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2018 r. poz. 2027 z późn. zm.).
2. Wypełnienie kwestionariusza jest dobrowolne, jednakże im więcej odpowiedzi zostanie udzielonych, tym bardziej adekwatna będzie ocena specjalisty w składzie orzekającym.
3. Informacje uzyskane z kwestionariusza będą przetwarzane wyłącznie przez skład orzekający w ramach postępowania o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności. Wypełniony kwestionariusz zostanie dołączony do akt sprawy dziecka.
4. Kwestionariusz wypełniamy zakreślając właściwą odpowiedź lub wpisując słownie odpowiedź we wskazanym miejscu.
5. Proszę uzupełnić pkt. 10 na ostatniej stronie kwestionariusza, jeśli:
 - a) chcą Państwo dopisać dodatkowe informacje, których nie dotyczyły poniższe pytania,
 - b) chcą Państwo uzupełnić odpowiedzi na poniższe pytania, a zabrakło miejsca w wyznaczonym polu.

Dane osobowe:

1. Imię i nazwisko dziecka
2. PESEL

I. Sytuacja rodzinna dziecka: właściwe podkreślić - rodzina pełna, niepełna, po rozwodzie – dziecko mieszka z, śmierć jednego z rodziców....., zrekonstruowana, adopcyjna, zastępcza- jeśli tak to od kiedy, inne
Liczebność rodziny: (czy dziecko ma rodzeństwo? W jakim wieku?, proszę wymienić wszystkie osoby wspólnie zamieszkujące i zaznaczyć stopień pokrewieństwa)

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

- ojciec -
- matka -
- korzystanie z pomocy społecznej TAK/NIE

Sytuacja mieszkaniowa rodziny: właściwe podkreślić - blok, kamienica, domek jednorodzinny, inne – proszę podać jakie

Ilość pokoi które piętro

Czy w mieszkaniu znajduje:

- kuchnia TAK / NIE,
- łazienka TAK / NIE ,
- wc TAK / NIE ,

Czy dziecko ma własny pokój TAK / NIE,

- łóżko TAK / NIE (śpi z),
- miejsce do nauki / biurko TAK / NIE / NIE DOTYCZY

Czy mieszkanie jest dostosowane do potrzeb dziecka? TAK / NIE

jeśli nie to dlaczego?

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

1. Stopień samodzielności dziecka w:

- **ubieraniu się:** samodzielne / wymaga pomocy w/NIE DOTYCZY
- **samodzielności dziecka w spożywaniu posiłku:**

samodzielne / wymaga pomocy np.: rozdrobnienia posiłku, stosowanie ssaka, stosowania diety jakiej? / NIE DOTYCZY

- **w przemieszczaniu się w środowisku:** samodzielne / wymaga pomocy np.: stałego nadzoru, asekuracji, korzystania z kuli łokciowej, wózka inwalidzkiego, utyka, potyka się występują zaburzenia równowagi, inne.....

...../NIE DOTYCZY

- **w przestrzeganiu higieny osobistej:** samodzielne / wymaga pomocy np.: w kąpiel, myciu i czesaniu włosów, obcinaniu paznokci, inne

...../ NIE DOTYCZY

- **realizacji potrzeb fizjologicznych:** samodzielne / wymaga pomocy np.: ponieważ nie sygnalizuje, nie kontroluje potrzeb fizjologicznych, wymaga cewnikowania, korzystania z pampersów, moczy się w nocy, inne.....

...../NIE DOTYCZY

2. Komunikowanie się z otoczeniem np.: mówi wyraźnie, poprawnie, mówi prostymi, pełnymi zdaniami, pojedynczymi słowami, niezrozumiale, niewyraźnie, jąka się, nie mówi, nie rozumie mowy, nie spełnia poleceń, porozumiewa się gestem, posługuje się językiem migowym, inne...../ nie dotyczy

3. Sytuacja edukacyjna (podać jeśli dziecko uczęszcza, jeśli nie zaznaczyć – NIE DOTYCZY):

- dziecko w przedszkolu/oddziale przedszkolnym w szkole/przedszkolu specjalnym/integracyjnym, inne

- uczeń szkoły ogólnodostępnej, specjalnej, klasy integracyjnej – aktualnie klasa

- czy dziecko było odroczone od obowiązku szkolnego TAK / NIE,

- czy powtarzało klasę, jeśli tak to którą, ile razy?

- objęte było nauczaniem indywidualnym TAK / NIE, z uwagi na, kiedy -

- uczyło się w oddziałach szpitalnych TAK / NIE, ile razy?, w których klasach?

Uczęszcza do przedszkola / szkoły - chętnie / niechętnie

Wyniki w nauce:

- największe trudności

- motywacja do nauki

- szczególne osiągnięcia

- wymaga pomocy w lekcjach TAK / NIE, jeśli tak to na czym ta pomoc polega?

.....

- czy korzysta lub korzystało z pomocy psychologiczno-pedagogicznej na terenie przedszkola / szkoły TAK / NIE np.: zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze, rozwijające kompetencje społeczno-emojonalne, korekcyjno-kompensacyjne, terapia logopedyczna, opieka ze strony pedagoga/psychologa szkolnego, inne.....

kiedy

w jakim wymiarze/ile godzin

4. Funkcjonowanie intelektualne dziecka: (proszę wypełnić w przypadku dzieci posiadających diagnozę psychologiczną z PPP, PZP, szkół, szpitali i innych instytucji) proszę podać diagnozę (jeśli jest dołączyć posiadaną dokumentację m. in. opinię lub orzeczenie z PPP).....

.....

5. Rozwój ruchowy dziecka PRAWDŁOWY / NIEPRAWDŁOWY

- czy uczestniczy w zajęciach ruchowych w przedszkolu/wychowania fizycznego w szkole TAK/NIE

- zwolniony / częściowo zwolniony z,/NIE DOTYCZY

- preferowane formy aktywności ruchowej dziecka

- NIEPRAWIDŁOWA / trudności w zakresie

- dziecko posługuje się ręką

- pismo czytelne / mało czytelne/ nieczytelne , staranne / niestaranne.....

dostosowania mieszkania, inne) proszę podać zakres wsparcia

WYMAGA np.: rehabilitacja usprawniająca, basen, gimnastyka korekcyjna, terapia logopedyczna

pedagogiczna, psychologiczna, integracja sensoryczna i inne, jakie.....

....., jak często – ile razy w ciągu tygodnia, ile godzin ?

czy zajęcia wykonywane są na terenie placówki / ośrodka, jakiej/jakiego

czy wykonywane w domu TAK / NIE , jak często w jakiej formie

8. Funkcjonowanie społeczno - emocjonalne dziecka:

- czy sprawia problemy wychowawcze? TAK/NIE, jeśli tak to jakie?

- na terenie przedszkola / szkoły

- na terenie domu

- czy ma kolegów/koleżki TAK / NIE ponieważ

- jak funkcjonuje w grupie rówieśniczej - prawidłowo/ nieprawidłowo, ponieważ

- czy nawiązuje kontakty społeczne TAK / NIE ponieważ

- jak radzi sobie z trudnymi sytuacjami -

.....

- jak radzi sobie z chorobą -

.....

9. Czy są jakieś zagadnienia o które nie zapytaliśmy, a chcieliby Państwo przedstawić,

poniżej jest miejsce na dodatkowe informacje.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

Toruń, dnia

.....
Podpis rodzica / opiekuna prawnego