

FORMULARZ WYWIADU RODZICIELSKIEGO

Imię i nazwisko dziecka

Imiona rodziców

Data urodzenia dziecka

Rodzeństwo (imiona, wiek)

Miejscowość zamieszkania

Przedszkole/"0"/Szkola (proszę zaznaczyć)

Data wypełnienia formularza

e-mail rodzica

Nr telefonu rodzica

HISTORIA ROZWOJU

Przebieg ciąży: prawidłowy/zagrożony.

Jeśli wystąpiły problemy to jakie?

.....
.....

Leki w czasie ciąży: nie/tak -jakie?.....

Uwagi:.....

Poród : w terminie/przed terminem/ opóźniony. Tydzień.....

Poród: siłami natury/cesarskie cięcie/.....

Jeśli wystąpiły powikłania to jakie?

.....
.....

Pobyt w szpitalu po porodzie

Ilość pkt Apgar:



Stan dziecka po porodzie (problemy zdrowotne, przyjmowane leki, opieka neurologa lub innego specjalisty)

.....
.....

Rozwój dziecka w pierwszych latach życia: prawidłowy/opóźniony.

Siadanie:.....

Chodzenie

Raczkowanie: tak/nie

Koordinacja

MOWA I JĘZYK

Rozwój mowy: prawidłowy/opóźniony

Pierwsze słowa: przed 1 r. życia /1 r. życia/ 2 r. życia i później

Pierwsze zdania: przed 3 r. życia /3 r. życia/4 r. życia i później

Trudności logopedyczne: tak/nie. Jeśli występowały lub występują, to jakie?

.....
.....

Jąkanie?.....

Czy jest coś, co wskazuje na trudności lub pewne braki w sposobie wypowiedzania się, czy doborze słów?.....

.....
.....

Dwujęzyczność? Tak/nie

Stopień opanowania/rozumienia obu języków

.....
.....

ZDROWIE

Stan zdrowia dziecka w przeszłości i obecnie

Jak oceniają Państwo odporność dziecka?.....

Choroby przewlekłe

.....

Stałe konsultacje medyczne

.....

Alergie

Przyjmowane stałe leki

Pobyt w szpitalu.....

Zaburzenia integracji sensorycznej (istniejące lub podejrzewane)

.....

.....

Czy występują/ały problemy psychosomatyczne?

.....

.....

.....

Czy występowały/występują w rodzinie poważne problemy zdrowotne lub zaburzenia psychiczne?

.....

.....

Czy dziecko było poddane ocenie (np. badania rozwoju intelektualnego)? Na przykład w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, terapii logopedycznej? Jeśli tak, to prosimy o przeniesienie na spotkanie kopii opinii.

.....

.....

.....

Czy korzystaliście Państwo wcześniej z pomocy psychologicznej, neurologicznej, psychiatrycznej? Czy byli zaangażowani specjaliści z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej? Jeśli tak, to prosimy o wypełnienie poniższej tabeli:

Rok, specjalista lub placówka	Diagnoza, leczenie, terapia. Z jakim skutkiem?

Czy dziecko przyjmowało kiedykolwiek leki zapisane przez neurologa lub psychiatrę?

Jeśli tak prosimy o wypełnienie poniższej tabeli.

Nazwa i dawka leku	Okres podawania	Zaobserwowane efekty leczenia



JEDZENIE

Czy jest coś, co uważasz za niepokojące w kwestii spożywania posiłków przez dziecko?

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

W jakiej mierze dziecko jest samodzielne w spożywaniu posiłków?

.....
.....

Czy dziecko je w przedszkolu/szkole?.....

.....

Specjalna dieta?.....

.....

TOALETA

Jak przebiegł trening czystości?

.....
.....

Czy dziecko jest samodzielne w zakresie korzystania z toalety?

.....

Czy korzysta z toalety poza domem, w przedszkolu/szkole?

.....



Czy jest coś, co uważacie Państwo za niepokojące w tym zakresie?

(moczenie, zanieczyszczanie)

.....
.....

SEN

Jakie są zwyczaje związane ze spaniem dziecka? (pory spania i wstawania, rutynowe czynności przed spaniem)

.....
.....

Czy jest coś niepokojącego związanego ze snem dziecka? (budzenie w nocy, bezsenność, koszmary senne)

.....
.....

Czy dziecko śpi w swoim łóżku samodzielnie?

.....

ZAINTERESOWANIA

Ulubione zajęcia dziecka

.....
.....

Ulubione przedmioty/zabawki

.....
.....

Zajęcia dodatkowe

.....
.....



PRZEDSZKOLE/SZKOŁA

W jakim wieku dziecko trafiło do przedszkola (żłobka, klubiku dla dzieci)?

.....

Jak przebiegła adaptacja dziecka do przedszkola? (zostawanie w przedszkolu, stosunek dziecka do nowego miejsca, obserwowane reakcje dziecka)

.....

.....

Jak wygląda/ło uczestniczenie w aktywnościach takich jak:

zabawy ruchowe

.....

zadania „stolikowe”

.....

.....

Jak wyglądają/ły relacje dziecka z rówieśnikami? (gesty, mimika, wskazywanie, kontakt wzrokowy, słowo pisane)

.....

.....

.....

W jaki sposób przebiega/ła komunikacja dziecka i nauczyciela?

.....

.....

S Z K O Ł A

Jak przebiegła adaptacja dziecka do szkoły? (obserwowane reakcje)

.....



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

Jak wyglądają relacje dziecka z rówieśnikami? (np. gesty, mimika, wskazywanie, kontakt wzrokowy, słowo pisane)

.....
.....

Czy dziecko ma ulubionego kolegę/koleżankę?

.....

W jaki sposób przebiega komunikacja dziecka i nauczyciela? (np. wskazywanie palcem, podnoszenie głowy, dotykanie nauczyciela, pokazywanie zadania, proszenie kolegi o pomoc?)

.....
.....

WSPÓŁPRACA Z PLEM/SZKOŁĄ

Czy istnieje współpraca rodziców z nauczycielami? tak/nie

Czy jesteście Państwo zadowoleni z tej współpracy?.....

.....

Czy zaangażowani są /byli specjaliści szkolni/przedszkolni?

.....

Administratorem Państwa danych osobowych (wrażliwych) w Oddziale CTM w **Skierniewicach, Gdańsku oraz w Warszawie** jest CTM Sp. z o.o. z siedzibą w Krakowie 31-831 ul. Fatimska 41a/310 NIP: 836-185-86-42 KRS 0000495067 e-mail: biuro@mutyzm.pl tel. 796-688-996. Dane przetwarzane są na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO (m.in. gdy przetwarzanie jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej, diagnozy, opieki zdrowotnej), przez osoby podlegające obowiązkowi zachowania tajemnicy zawodowej. Wszelkie Państwa prawa i najważniejsze informacje zostały opisane w Polityce Prywatności na naszej stronie www.mutyzm.pl Oddziały CTM w **Świebodzicach, Bydgoszczy** oraz we **Wrześni** są prowadzone przez niezależnych przedsiębiorców – franczyzobiorców marki CTM. Jeśli korzystasz z usług tych Oddziałów, administratorem Twoich danych osobowych (oraz danych wrażliwych) będzie przedsiębiorca prowadzący Oddział, więcej informacji można uzyskać w konkretnym Oddziale CTM.