zał. nr 1

**Załącznik do wniosku o przyjęcie dziecka/ucznia**

**do Niepublicznej Szkoły Podstawowej w Jezierni**

Imię i nazwisko dziecka:……………………………………………….

1. **Czy dziecko korzystało z opieki poradni psychologiczno-pedagogicznej?**
2. tak
3. nie
4. Dziecko posiada:
5. opinię PPP
6. orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
7. orzeczenie o nauczaniu indywidualnym
8. inne (jakie?) ……………………………………………….
9. Jakimi formami pomocy psychologiczno – pedagogicznej zostało objęte dziecko? Proszę wymienić:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy dziecko było w przeszłości lub jest obecnie pod opieką psychologa, psychoterapeuty, lekarzy specjalistów (neurologa, psychiatry itp.)? Jeśli tak, proszę o wypełnienie tabeli poniżej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rok/specjalista | Powód opieki/diagnoza | Zalecone leczenie i jego efekty |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Czy dziecko przyjmowało w przeszłości lub przyjmuje obecnie leki przepisane przez psychiatrę lub neurologa. Jeśli tak, proszę o wypełnienie tabeli poniżej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa | Przyczyna podawania/ jaki specjalista przepisał | Okres podawania, efekty leczenia |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Czy dziecko cierpi na choroby przewlekłe?

a) nie

b) tak (jakie?) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy dziecko bierze obecnie jakiekolwiek leki na stałe? NIE / TAK (jakie? .......)

a) nie

b) tak (jakie?) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy u dziecka występują następujące problemy?

|  |  |
| --- | --- |
| Tak/ Nie proszę zaznaczyć właściwe | W jakim okresie wystąpiły? |
| Odmowa chodzenia do szkoły | Tak/nie |  |
| Specyficzne trudności w nauce (np.: dysleksja, dysortografia) | Tak/nie |  |
| Zachowania agresywne w stosunku do rówieśników, dorosłych, nauczycieli, | Tak/nie | (Jak się przejawia?) |
| Samoagresja | Tak/nie | (Jak się przejawia?) |
| Nadużywanie komputera/ telefonu komórkowego | Tak/nie |  |
|  |  |  |

1. Jak przebiegała adaptacja dziecka w przedszkolu? .………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Czy coś Państwa niepokoiło w tym czasie? (czy występowały trudności zdrowotne/ rozwojowe/ w kontaktach z innymi/ emocjonalne)?

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

1. Czy nauczyciele w przedszkolu/ szkole zgłaszali, że jest coś nietypowego/ niepokojącego w zachowaniu dziecka? .…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Prosimy o opisanie:
3. nauki: jak dziecko się uczy? Jakie zazwyczaj dostaje oceny? Czy miało problemy z nauką? Jakie miało sukcesy, trudności? Jaką miało średnią na ostatnim świadectwie lub w ostatnim półroczu?

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

b) relacji z rówieśnikami: (czy ma przyjaciela, koleżanki/ kolegów, jak spędza z nimi czas czy woli przebywać samo, co robi na przerwach, woli współpracę/rywalizację, czy ktoś mu dokucza)

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

1. Czy dziecko dostawało uwagi z przedszkola/ szkoły (czy są stałe, powtarzające się skargi nauczycieli)? (jeśli tak, to na jakie zachowania dziecka?) .………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..........................................................................................................................................
2. Na jakie zajęcia pozalekcyjne chodzi dziecko (w szkole lub poza nią)? .…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
3. Jak dziecko spędza wolny czas? .……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Czy jest jeszcze coś ważnego dotyczącego sytuacji dziecka? .…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
5. Przebieg kariery szkolnej (odroczenia od obowiązku szkolnego, powtarzane klasy, wydłużenia etapu edukacyjnego itp)

.…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. W jaki sposób pracują Państwo z dzieckiem w domu/ jakich waruków ułatwiających uczenie się wymaga dziecko w domu?

.…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Jak sobie dziecko radzi z nauką? Jak sobie radzi z obowiązkami szkolnymi (prace domowe, przygotowanie do sprawdzianów, bieżące uczenie się, przygotowanie materiałów)? Czy trzeba mu przypominać i mobilizować go do tego? Czy pamięta o lekcjach i zabiera się do nauki samodzielnie? Jakiej pomocy według pani/pana potrzebuje? O jaką pomoc samo prosi?

.…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Jakiego rodzaju trudności/ograniczenia w nauce ma dziecko? Jak jest z jego koncentracją uwagi? Jak szybko się męczy i odzyskuje energię do nauki?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………….

Podpis rodzica/ opiekuna prawnego:

Data:…………………………….