zał. nr 2

**Załącznik do wniosku o przyjęcie dziecka do oddziału przedszkolnego przy Niepublicznej Szkole 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:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj zajęć** | **Gdzie?** |
| Zajęcia z logopedą |  |
| Zajęcia z psychologiem |  |
| Zajęcia rewalidacyjne |  |
| Zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne |  |
| Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne |  |
| Terapia pedagogiczna |  |
| Trening Umiejętności Społecznych |  |
| Zajęcia Integracji Sensorycznej |  |
| Inne: …………………………………………. |  |

1. Czy dziecko było w przeszłości lub jest obecnie pod opieką 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 przyjmuje obecnie jakiekolwiek leki na stałe?

a) nie

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

1. Czy dziecko ma specjalne zalecenia żywieniowe (nietolerancje pokarmowe, alergie, wybiórczość pokarmowa)?
2. nie
3. tak (jakie?)

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

1. Czy u dziecka występują następujące problemy?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tak/ Nie proszę zaznaczyć właściwe | | W jakim okresie wystąpiły? |
| Zachowania agresywne w stosunku do rówieśników, dorosłych, nauczycieli, | Tak/nie | (Jak się przejawia?) |
| Samoagresja | Tak/nie | (Jak się przejawia?) |

1. Czy coś Państwa niepokoi w zachowaniu dziecka? (czy występowały trudności zdrowotne/ rozwojowe/ w kontaktach z innymi/ emocjonalne)?

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

1. Prosimy o opisanie relacji z rówieśnikami: (czy ma rodzeństwo, przyjaciela, koleżanki/ kolegów, jak spędza z nimi czas czy woli przebywać samo, woli współpracę/rywalizację, czy ktoś mu dokucza?)

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

1. Na jakie zajęcia dodatkowe rozwijające zainteresowania uczęszcza dziecko (w szkole lub poza nią)? .…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. Jak dziecko spędza wolny czas? .…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
3. Czy jest jeszcze coś ważnego dotyczącego sytuacji dziecka? .………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Przebieg kariery szkolnej (odroczenia od obowiązku szkolnego, wydłużenia etapu edukacyjnego itp)

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

………………………………………

Podpis rodzica/ opiekuna prawnego:

Data:…………………………….