**Анкета для батьків**

Дата заповнення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПІБ дитини\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата народження\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_вік дитини \_\_\_\_\_\_\_\_років\_\_\_\_\_\_\_місяців

Адреса проживання\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дитина з інвалідністю: так, ні

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дані про сім’ю | | | | |
| Батьки і діти | Прізвище, ім’я, по батькові | Дата народження  (повністю) | Місце роботи, посада, номер телефону,  (для дітей - назва учбового закладу) | Освіта, підкреслить відповідний варіант |
| Мати |  |  |  | повна вища;  базова вища; неповна вища (спеціальна); середня загальна |
| Батько |  |  |  | повна вища;  базова вища; неповна вища (спеціальна); середня загальна |
| Брати\  сестри |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Місце навчання: | | |
| З якого року навчаєтесь | Назва закладу та клас/група (спеціальна-логопедична, зпр…; загальна група/клас) | Форма навчання (денна, індивідуальна тощо) |
|  |  |  |
|  |  |  |
| * Не відвідує | | |

Бажане місце навчання дитини:

* спеціальна група в закладі дошкільної освіти (ЗДО) (садочок) (логопедична, для дітей з порушенням зору, слуху, зпр,іп, пора) - (підкреслить яка група)
* організація інклюзивного навчання в ЗДО (садочок)

Чи є, на Вашу думку, певні труднощі у розвитку дитини? Якщо є, то як вони проявляються? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вкажіть особливості стану здоров’я дитини (серйозні хвороби першого року життя дитини, госпіталізації, хронічні хвороби):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вкажіть особливості стану та поведінки, якщо вони є:

* порушення сну
* вибірковий у харчуванні
* вибірковий у контакті з близькими
* самопочуття дитини під час перебування у людних місцях (транспорт та інших)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* інше \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Чи звертались раніше Ви до:

* психолога
* дефектолога
* логопеда
* реабілітолога
* інші спеціалісти\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Чи спостерігаються у Вашої дитини такі прояви?

* стереотипні рухи
* заїкання
* агресивність
* тривога
* плаксивість
* інше \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сформованість навичок самообслуговування, вкажіть, що сформовано, якщо частково, нижче зазначте як саме:

* гігієнічні навички (туалет) самостійно
* одягається/роздягається самостійно
* самостійно їсть
* інше \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Які ігри полюбляє дитина?

* грає в сюжетні ігри (ляльки, машинки, конструктор, мозаїка)
* ліпити пластиліном, тістом
* малювання фарбами, олівцями
* перегляд мультфільмів
* спільне читання книжок
* спільна гра з однолітками
* активні ігри (догонялки, стрибання на батуті, катання на дитячих транспортних засобах)
* інше \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Поведінка в соціальному середовищі:

* легко вступає в контакт з однолітками
* легко вступає в контакт з дорослими
* є труднощі в становленні контакту
* інше \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Чи може дитина звернутися за допомогою, коли в цьому є потреба?
* так
* ні
* інше \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Яка реакція Вашої дитини на заборону?

* вередує
* робить вибір
* виконує вимоги
* інше \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Чим Ви займаєтесь зі своєю дитиною?

* читаєте
* привчаєте до хатніх справ
* привчаєте до догляду за своїми речами, одягом, іграшками, тощо
* ходите разом в парк/ліс
* граєтесь
* інше \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Як пройшла адаптація Вашої дитини до дитячого садка/школи?

* добре
* з поодинокими труднощами
* складно
* інше (особливості контакту з вихователем, однолітками, особливості сну, харчування, самообслуговування, емоційний стан під час знаходження в колективі)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_