**Drodzy rodzice! W trosce o dobro Waszego dziecka prosimy o wypełnienie poniższej ankiety.**

Imię i nazwisko dziecka

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

Czy dziecko przebywało pod opieką innych osób niż rodzice?

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

Jak dziecko reaguje na rozstanie z rodzicami?

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

Czy dziecko przejawia jakieś lęki?

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

Czy dziecko włącza się w zabawy z innymi rówieśnikami?

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

Czy dziecko przejawia trudności w swoim zachowaniu? Jeżeli tak to jakie?

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

Czy dziecko pozostaje pod opieką poradni specjalistycznej lub lekarza? Jeżeli tak to jakiej?

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

Czy dziecko posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? Jeżeli tak to z jakiego powodu?

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

Czy dziecko śpi w ciągu dnia?

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

Czy dziecko zgłasza potrzeby fizjologiczne i czy potrafi korzystać z toalety?

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

Czy dziecko samodzielnie spożywa posiłki?

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

Jakie są ulubione zabawy dziecka?

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

Czy dziecko przejawia jakieś zdolności, zainteresowania?

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

 …………………………………………..

 (podpis rodzica/opiekuna)