*****Pedagogicko-psychologická poradna České Budějovice***

*Nerudova 59, 370 04 České Budějovice*

***pracoviště: Písek, Erbenova 722/44, 397 01 Písek***

 ***Tel./fax 382213387***

***E-mail*** *poradna.pisek@pppcb.cz*[*http://www.pppcb.cz*](http://www.pppcb.cz/)

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

č. j.: Velmi důvěrné!

|  |
| --- |
| **DOTAZNÍK PRO RODIČE** |

***Vážení rodiče,*** *ke komplexnímu vyšetření Vašeho dítěte potřebujeme některé informace, týkající se jeho vývoje a některých charakteristik. Nezáleží na formulaci, ale na obsahu sdělení. Při zhodnocení celkové situace Vašeho dítěte nám pomohou i výsledky vyšetření (odborné zprávy) z jiných pracovišť (klinická psychologie, dětská psychiatrie, soukromá psychologická poradna, neurologie apod.).*

*Děkujeme Vám za pozorné vyplnění dotazníku a za spolupráci.*

*Pracovníci poradny*

|  |  |
| --- | --- |
| **jméno dítěte:** | **škola (jméno, adresa):**  |
| **datum narození:** | **třída:** |
| **bydliště:** |  |

|  |
| --- |
| **Rodiče** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **vlastní otec** | **vlastní matka** | **nevlastní otec/matka** |
| jméno, příjmení: |   |   |   |
| věk: |  |  |  |
| vzdělání: |  |  |  |
| zaměstnání: |  |  |  |
| bydliště: |  |  |  |
| telefon: |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Sourozenci** (jméno a příjmení, věk, škola – povolání) |

|  |
| --- |
| **Z jakého důvodu žádáte vyšetření svého dítěte?** |

|  |
| --- |
| **Bylo již někdy Vaše dítě psychologicky vyšetřeno** (pokud ano – kdy, kde)? |

|  |
| --- |
| **Vývoj dítěte** *(vhodné zakroužkujte, popřípadě doplňte)* |

Průběh těhotenství matky (obtíže, nemoci, léky):

Donošeno – nedonošeno - přenášeno, porodní váha:

Porod normální/komplikace (uveďte jaké):

Stav po porodu (inkubátor, žloutenka, apod.):

Vývoj do 3 let (zdravotní obtíže, nápadnosti):

Vývoj od 3 do 6 let (zdravotní obtíže, nápadnosti):

Věci bralo převážně do pravé ruky - levé ruky - obou rukou:

Vady výslovnosti (spolupráce s logopedem):

Další důležitá sdělení (smyslové vady, častá nemocnost, alergie, úrazy, záchvaty, neobratnost):

|  |
| --- |
| **Školní vývoj dítěte** *(vhodné zakroužkujte, popřípadě doplňte)* |

Mateřská škola: ano/ne od kdy: jak se mu dařilo:

Odklad školní docházky: ano/ne proč:

Ve škole pracuje: přiměřeně možnostem výsledky pod svými možnostmi

Příprava na školní práci: pravidelná nepravidelná žádná

v časovém rozmezí: do 1 hodiny do 2 hodin více než 2 hodiny

|  |
| --- |
| **Obtíže, nedostatky, poruchy** **pozorované častěji** *(vhodné zakroužkujte)* |

bolesti hlavy zvýšená únava agresivita, vzdorovitost

bolesti břicha, zvracení bezdůvodné strachy neobratnost, nešikovnost

značný tělesný neklid uzavřenost, stydlivost nesamostatnost při hře, práci

neklidný spánek, nespavost okusování nehtů strach ze školy, odpor ke škole

|  |
| --- |
| **Další důležité informace**, které dle Vás ovlivnily vývoj osobnosti dítěte, jeho školní výsledky a chování |

|  |
| --- |
| **Na základě vyplněného dotazníku žádám o vyšetření v pedagogicko psychologické poradně.** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **datum vyplnění dotazníku** | **podpis rodičů, zákonných zástupců** |