**Ψ Pedagogicko-psychologická poradna České Budějovice, Nerudova 59, 370 04**

pracoviště **Písek, Erbenova 722, 397 01**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| tel.: 382 213 387, 724 831 376 | e-mail: poradna.pisek@pppcb.cz | web: www.pppcb.cz |

č. j.: **Velmi důvěrné!**

**DOTAZNÍK PRO RODIČE DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU**

***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 a příjmení dítěte:** | **mateřská škola (jméno, adresa):**  |
| **datum narození:** | **zapsáno v základní škole:** |
| **bydliště, PSČ:** | **třídní učitel:** |

|  |
| --- |
| **Rodiče** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **vlastní otec** | **vlastní matka** | **nevlastní otec/matka** |
| jméno, příjmení: |   |   |   |
| datum narození,věk: |  |  |  |
| vzdělání: |  |  |  |
| zaměstnání: |  |  |  |
| bydliště: |  |  |  |
| telefon domu/práce: |  |  |  |
| e-mail: |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Sourozenci** (jméno a příjmení, datum narození, škola – povolání, v jakém vztahu) |

|  |
| --- |
| **Z jakého důvodu žádáte vyšetření svého dítěte** (např. je hravé, nesoustředěné, má vadu řeči…)**?** |

|  |
| --- |
| **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 bere 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 ve školce pracuje:** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |
| jiné-jaké: |

|  |
| --- |
| **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 zákonných zástupců** |