**Karta kwalifikacyjna dziecka na zajęcia grupowe dla dzieci przedszkolnych w Poradni PP 8**

…………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko dziecka)

…………………………………………………………………………………….

(przedszkole/grupa)

…………………………………………………………………………………….

(data urodzenia)

…………………………………………………………………………………….

(nr telefonu)

…………………………………………………………………………………….

(adres email)

1. Jaki jest powód zgłoszenia Państwa dziecka na zajęcia?

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

1. Jakie zainteresowania oraz mocne strony posiada Państwa dziecko?

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

1. Na czym polegają trudności Państwa dziecka?

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

1. Prosimy o zaznaczenie na skali zachowania Państwa dziecka

- stosuje się do zasad w grupie **nigdy rzadko czasami często**

- spokojnie siedzi podczas zajęć w przedszkolu **nigdy rzadko czasami często**

- dobrze radzi sobie ze złością **nigdy rzadko czasami często**

- dobrze radzi sobie ze strachem **nigdy rzadko czasami często**

- dobrze sobie radzi w nieznanych sytuacjach **nigdy rzadko czasami często**

- w grupie reaguje onieśmieleniem **nigdy rzadko czasami często**

**-** bawi się z rówieśnikami **nigdy rzadko czasami często**

**-** dobrze skupia uwagę przy zajęciach, które nie są dla niego bardzo interesujące

 **nigdy rzadko czasami często**

1. W jakich zajęciach wspierających rozwój dziecko brało już udział?

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

1. Czy dziecko uzyskało diagnozę:

- psychologa/psychiatry (autyzm, Zespół Aspergera, diagnoza poziomu rozwoju intelektualnego, niski poziom rozwoju kompetencji społecznych, trudności w regulacji emocji, nadpobudliwość psychoruchową, mutyzm wybiórczy lub inne ) – proszę podkreślić właściwą odpowiedź………………………………………………………………………

- logopedy (afazja, opóźnienie/zaburzenie rozwoju mowy lub inne)

……………………………………………………………………………………………….

- terapeuty SI

……………………………………………………………………………………………….

Inną jaką?………….……………………………………………………………….

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

1. Czy dziecko porozumiewa się słownie? – proszę zaznaczyć

TAK / NIE jakie ma trudności w tym obszarze?……………………………………………….

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

1. Jaki rodzaj zajęć według Państwa jest najbardziej odpowiedni dla dziecka?

Proszę wybrać nazwę z oferty zajęć dla dzieci przedszkolnych……………………………...

……………………………………………………………………………………………….

1. Czy **nauczycielki przedszkolne lub inni specjaliści** sugerowali potrzebę udziału dziecka

w zajęciach (proszę podkreślić):

- zajęcia wspierające rozwój przed rozpoczęciem nauki w szkole dla dzieci 6 letnich;

- zajęcia dla dzieci nieśmiałych

- zajęcia uspołeczniające

- zajęcia z obszaru radzenia sobie z emocjami

- dla dzieci z objawami mutyzmu

Dziękujemy