**Karta kwalifikacyjna dziecka na zajęcia grupowe „Mam SuperMoc”dla dzieci szkolnych (11-12l.) 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. W jakich zajęciach wspierających rozwój dziecko brało już udział?

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

Czy dziecko uzyskało diagnozę:

- psychologa/psychiatry (proszę podać nazwę), ………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………….

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

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