

Kwestionariusz

Imię i nazwisko ucznia

Klasa

Rok urodzenia

Przedszkole/ Szkoła , do którego/ej uczęszcza/ło dziecko

.....
.....

Formy dotychczasowej terapii .

.....
.....

1. Mocne strony

.....
.....

2. Słabe strony

.....
.....

3. Umiejętności komunikacyjne

.....
.....

4. Samodzielność (jedzenie, ubieranie się, toaleta)

.....
.....

5. Osobowość/ temperament

.....
.....

6. Zainteresowania (co lubi robić, czy ma ulubioną piosenkę, zabawkę, bajkę?)

.....
.....

7. Jak odnosi się do rówieśników?

.....
.....

8. Jak odnosi się do dorosłych?

.....
.....

9. Jak zachowuje się w grupie?

.....
.....

10. Jak długo potrafi skoncentrować uwagę na czynności, której nie lubi?

.....
.....

11. Co powoduje zdenerwowanie? (Zapachy, dźwięki, kolory, osoby, miejsca, jakie?) Jak objawia się zdenerwowanie?

.....
.....

12. Czy występują zachowania agresywne lub autoagresywne? Jeśli tak to w jakich sytuacjach?

.....
.....

13. Czy występują zachowania fiksacyjne, stereotypie? Jakiej?

.....
.....

14. Czy występują zachowania trudne? Jeśli tak to jakie

.....
.....

15. Czy dziecko jest leczone farmakologicznie? Jeśli tak to jakie leki przyjmuje?

.....
.....

16. Czy dziecko jest na diecie? Jakiej?

.....
.....

17. Inne ważne informacje

.....
.....