Nr ESOP…….

WYWIAD ROZWOJOWY

Imię i nazwisko dziecka/ucznia:……...……..…….……..

Data i miejsce urodzenia:……

Szkoła/Przedszkole.....Klasa.....

Rodzina	Imię i nazwisko	Rok urodzenia	Wykształcenie	Zawód	Miejsce pracy
Matka					
Ojciec					
Rodzeństwo					
Osoby zamieszkujące z rodziną					

*Rodzina: podkreślić właściwe

pełna, rozwód, związek nieformalny, adopcja, dziecko z poprzednich związków, rodzic samodzielnie wychowujący dziecko.

1. Zgłoszenie do Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Wieliczce na wniosek:

Przedszkola/Szkoły/Rodzica/Inne……

z powodu:……..……..……..……

……..……

2. Czy w rodzinie występują przypadki poniższych chorób/zaburzeń:

Zaburzenia psychiczne:
TAK **NIE**
Zaburzenia neurologiczne:
TAK **NIE**
Specyficzne trudności w uczeniu się (dysleksja, dysortografia, dysgrafia, dyskalkulia):
TAK **NIE**
Uzależnienia:
TAK **NIE**
Niepełnosprawność:
TAK **NIE**
Inne poważne choroby:
TAK **NIE**
Jakie: ……..

3. Warunki mieszkaniowe:

Mieszkanie/dom

Czy dziecko ma swój pokój/miejsce do nauki?: **TAK / NIE**

4. Dotychczasowe formy pomocy dziecku (czy dziecko było badane/korzystało z pomocy, jeśli tak, proszę podać rok badania): TAK/ NIE

Psychologiczne ……..……...……...

Psychiatryczne……..……..……..

Słuchu……..……..……

Neurologiczne……..

Okulistyczne…….....

Integracja sensoryczna……...…….....

Logopedyczne……..

Psychoterapia/ wsparcie psychologiczne…….

Fizjoterapia……...

inne…….....

5. Proszę opisać aktualny stan zdrowia dziecka:

…….....……

…….……

Choroby przebyte/występujące……...

……..……

……..……..…….

Czy dziecko przyjmuje na stałe leki? **TAK/ NIE** Jeśli tak, jakie?

……

……

Czy dziecko uskarża się na jakieś bóle, dolegliwości? **TAK/ NIE**

……..……..…..

……..……

Wzrok: prawidłowy; dalekowzroczność; krótkowzroczność; astygmatyzm, zez; oczopląs; inne: …….…….....

Słuch: prawidłowy, niedosłuch, inne…….....

6. Informacje o ciąży

Która ciąża z kolei ? ……

Które dziecko z kolei ?.....

Stan zdrowia matki podczas ciąży (zatrucia, urazy, infekcje, narkozy, leki, środki znieczulające, inne)….....……..……..…..

Termin porodu: przedwczesny/o czasie/po terminie…….…...

Przebieg porodu: siłami natury/cesarskie cięcie/próżnociąg/kleszczowy……

Punktacja w skali Apgar:…….....Waga urodzeniowa:.....

Przebieg porodu, ewentualne nieprawidłowości:…….

……..…….…….……..

Czy dziecko było karmione piersią? **TAK/ NIE** Do kiedy?.....

Czy dziecko korzystało z butelki? **TAK/ NIE** Do kiedy?.....

Czy dziecko korzystało ze smoczka? **TAK/ NIE** Jeśli tak, to do kiedy?.....

7. Przebieg rozwoju mowy

Czy dziecko oddycha buzią? (zawsze, czasami) …….

Czy dziecko chrapie podczas spania? **TAK/ NIE**

Czy dziecko gaworzyło? **TAK/ NIE**

Kiedy pojawiły się pierwsze słowa? ……...

Kiedy dziecko zaczęło wypowiadać pierwsze zdania?……

Czy mowa była zrozumiana dla otoczenia? **TAK/ NIE** **……**……

Obecne umiejętności językowe (czy dziecko ma jakieś trudności?): **TAK/ NIE**

……..……

……..……

Czy jest/było pod opieką logopedy: **TAK** (od kiedy……..) **/ NIE**

8. Rozwój fizyczny

Kiedy dziecko zaczęło samodzielnie siadać?.....

Czy dziecko raczkowało? **TAK/ NIE**

W jaki sposób? ……..……..

Kiedy dziecko zaczęło wstawać?……..

Kiedy dziecko zaczęło chodzić?.....…….…….....

Czy dziecko manipulowało przedmiotami? **TAK/ NIE**

Czy dziecko od wieku niemowlęcego wykazywało zainteresowanie zabawkami? **TAK/ NIE**

Czy rozwój ruchowy przebiegał zgodnie z normą w stosunku do wieku dziecka? **TAK/ NIE**

Czy coś Państwa niepokoiło w tym zakresie?……..

…….....

Czy dziecko jest:

PRAWORĘCZNE LEWORĘCZNE DOMINACJA NIEOKREŚLONA

Aktualna sprawność ruchowa, koordynacja, czy dziecko lubi aktywność fizyczną ?

……..

……..……

Czy w wieku przedszkolnym dziecko chętnie rysowało, wycinało, lepiło z plasteliny? **TAK/ NIE**

Czy miało z tym jakieś problemy w tym zakresie? **TAK/ NIE**

……..

……..……

Czy Pana/Pani zdaniem dziecko jest nadruchliwe? Czy przejawia znaczną potrzebę ruchu? **TAK/ NIE**

…….…….

……..……....

Czy dziecko odróżnia stronę ciała prawą od lewej? **TAK/ NIE**

Czy dziecko ma zaburzenia (nadwrażliwości) ze strony zmysłów:

a) Dotyk **TAK/ NIE** (jaką)……..
b) Równowaga **TAK/ NIE** (jaką)……
c) Słuch **TAK/ NIE** (jaką)……...
d) Węch **TAK/ NIE** (jaką) …….

9. Samoobsługa i samodzielność

Czy dziecko opanowało czynności samoobsługowe na oczekiwanym poziomie? **TAK/ NIE**

Czy pojawiały/ pojawiają się trudności w tym zakresie? Czy coś budziło lub budzi Pana/Pani niepokój? (samodzielne jedzenie, mycie się, spanie, ubieranie, korzystanie z toalety, sygnalizowanie potrzeb fizjologicznych):

…….….

…….…….

10. Rytm dobowy

Ile godzin dziecko śpi? ……

O której godzinie zazwyczaj kładzie się spać? ……...……

O której godzinie najczęściej się budzi? …….

Czy dziecko ma problemy z zaśnięciem? **TAK/ NIE** ……..……..

Czy wybudza się w nocy? **TAK/ NIE** …….……..

Czy pojawiają się koszmary senne? **TAK/ NIE**

Czy dziecko regularnie przyjmuje posiłki? **TAK/ NIE**

Czy dziecko przejawia symptomy wybiórczości pokarmowej? (zaznaczyć właściwe) **TAK/ NIE**

a) ma ubogi repertuar żywieniowy, je ciągle te same pokarmy;
b) nie akceptuje zmian w jadłospisie
c) jest niechętne do próbowania nowych pokarmów

Czy dziecko ma trudności w gryzieniu twardych pokarmów? **TAK/ NIE**

a) Nie lubi twardych owoców i warzyw, itp.
b) Preferuje raczej miękkie pokarmy, które nie wymagają gryzienia i żucia

Czy w okresie niemowlęcym coś budziło Państwa niepokój? **TAK/ NIE** Proszę opisać:

…….....…

……..

11. W przypadku dzieci starszych proszę odnieść się do okresu do 5 roku życia:

1. Czy Państwa dziecko lubi być huśtane, podrzucane na kolanach itp.? **TAK / NIE**
2. Czy Państwa dziecko interesuje się innymi dziećmi? **TAK / NIE**
3. Czy Państwa dziecko lubi wspinać się na różne rzeczy, np. wspinać się po schodach? **TAK / NIE**
4. Czy Państwa dziecko lubi bawić się w zabawę "A ku-ku" lub w chowanego? **TAK / NIE**
5. Czy Państwa dziecko kiedykolwiek UDAJE na przykład, że robi herbatę, używając naczyń-zabawek lub udaje, że robi coś innego? **TAK / NIE**
6. Czy Państwa dziecko kiedykolwiek używa swojego palca wskazującego żeby pokazać, że o coś PROSI? **TAK / NIE**
7. Czy Państwa dziecko kiedykolwiek używa swojego palca wskazującego żeby pokazać Ci, że jest czymś ZAINTERESOWANE? **TAK / NIE**
8. Czy Państwa dziecko potrafi bawić się właściwie małymi zabawkami (np. samochodami lub klockami), a nie tylko brać je do buzi, manipulować nimi bezmyślnie lub rzucać je na ziemię ? **TAK / NIE**
9. Czy Państwa dziecko przynosi rodzicowi kiedykolwiek przedmioty, by coś mu pokazać? **TAK / NIE**

12. Przebieg nauki szkolnej

Jakie **trudności** szkolne obserwowała/uje Pan/i u swojego dziecka w początkowym etapie edukacji.

- czytanie ze zrozumieniem **TAK/ NIE**
- poprawne pisanie **TAK/ NIE**
- sprawność grafomotoryczna /wycinanie, rysowanie, pisanie/ **TAK/ NIE** jakie…….……

  ……
- tempo nabywania umiejętności szkolnych **TAK/ NIE**

Stosunek dziecka do szkolnych obowiązków - czy chętnie chodzi do szkoły? Czy lubi się uczyć? Czy ma jakieś trudności w szkole? **TAK/ NIE**

……

……..

Sposób uczenia się /odrabiania zadań (np. głośno, po cichu, w obecności innych, samotnie, przy włączonym komputerze, tv itp.):

……

……

Ilość czasu przeznaczonego na codzienną naukę w domu (tj. odrabianie zadań pisemnych, powtarzanie materiału, itp.):

……..

Czy dziecko wymaga pomocy w nauce i przygotowaniu do szkoły? Czy pamięta o obowiązkach szkolnych?

TAK/ NIE ……..

……..

Proszę wypisać przedmioty w nauce których dziecko wymaga wsparcia i pomocy ze strony osób dorosłych.

……

……

Udział w dodatkowych zajęciach w szkole lub poza nią (w tym zajęcia w ramach pomocy psychologiczno–pedagogicznej):

TAK/ NIE ……..

……..……

Czy dziecko podejmuje systematyczną pracę w domu nad usprawnianiem trudności szkolnych **TAK/ NIE**

Proszę wpisać w jakiej formie i z jaką częstotliwością……...

…….……

…….

Czy dziecko ma problemy z koncentracją uwagi? **TAK/ NIE** Proszę opisać:

……..

……..

13. Rozwój społeczno-emocjonalny

Czy dziecko chodziło /chodzi do przedszkola, od którego roku życia? **TAK/ NIE**

…….

Czy dziecko dobrze odnalazło się w grupie przedszkolnej? Czy miało/ma problem z rozstaniem z rodzicami?

TAK/ NIE …….

……..……...

W jaki sposób dziecko nawiązuje kontakt z innymi (nieznanymi osobami, zarówno rówieśnikami, jak i dorosłymi)?

……

……

W jaki sposób dziecko nawiązuje relacje z rówieśnikami? Czy tworzy bliskie relacje, ma przyjaciół? Czy inicjuje kontakt?

……

……

W przypadku starszych dzieci - proszę opisać, jak wyglądało to w wieku przedszkolnym. Czy dziecko dążyło do kontaktu z innymi oraz podejmowania wspólnej zabawy?

……
……

Jak dziecko obecnie odnajduje się w grupie rówieśniczej? Czy doświadcza lub doświadczało trudności w środowisku przedszkolnym/klasowym/szkolnym, a jeśli tak, to jakich? (wykluczenie, dokuczanie)

……
……

Jak wyglądają relacje dziecka z nauczycielami? Czy występują jakieś trudności w tym zakresie? **TAK/ NIE**

……..…
……..……

Jak wygląda kontakt emocjonalny dziecka z rodzicami, rodzeństwem i innymi członkami rodziny? proszę opisać ……
……..……..…

Ulubione formy spędzania czasu, zainteresowania dziecka (jakie, ile czasu im poświęca): ……..…….
……..……

Jak dziecko reaguje na odmowę/frustrację?

proszę opisać……
……..

Problemy wychowawcze z dzieckiem (proszę opisać):

……..
……..

Jakie Państwo stosują metody wychowawcze (kary, nagrody):

……..
……..……....

Cechy dziecka, wyrażanie emocji:

……..
……..

Czy dziecko się czegoś boi? Czy ma objawy lękowe? **TAK/ NIE**

proszę opisać…….
……..……....

Czy występują częste/gwałtowne/nieprzewidywalne zmiany nastroju? **TAK/ NIE**

proszę opisać ……
……..……

Czy dziecko często sprawia wrażenie smutnego/rozdrażnionego? **TAK/ NIE**

proszę opisać ……
……..……

15. Dodatkowe informacje od rodzica

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……..

Miejscowość i data

……..

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego