

## Wywiad z opiekunem dziecka/ucznia

### DANE OSOBOWE DZIECKA/UCZNIA:

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia: .....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:.....  
(kod pocztowy) (miejsowość) (ulica, nr mieszkania)

Placówka edukacyjna.....  
(nazwa szkoły, przedszkola) (klasa, wiek)

#### Powód zgłoszenia do Poradni:

.....  
.....

#### Aktualna opieka specjalistyczna (rozpoznanie lekarskie):

.....  
.....  
.....

#### Aktualnie przyjmowane leki:

.....  
.....

#### Korzystanie z pomocy psychologa, pedagoga, logopedy, psychiatry:

.....  
.....

#### Stan zdrowia dziecka/ucznia (przebyte choroby, urazy, hospitalizacje, stosowane formy rehabilitacji, inne)

.....  
.....  
.....

## DANE DOTYCZĄCE RODZINY

### 1. MATKA

- \* Imię i nazwisko .....
- \* Wiek ..... wykształcenie .....
- \* Numer kontaktowy .....

### 2. OJCIEC

- \* Imię i nazwisko .....
- \* Wiek ..... wykształcenie .....
- \* Numer kontaktowy .....

### 3. SYTUACJA RODZINNA

- \* Rodzina pełna/niepełna \*, atmosfera, relacje:  
.....  
.....  
.....
- \* Rodzeństwo (wiek, trudności szkolne/wychowawcze, stan zdrowia)  
.....  
.....  
.....

### 4. INNE INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## UDZIELIŁ WYWIADU

### 1. Matka/ Ojciec/ Uczeń pełnoletni \*

\*zaznaczyć właściwe

## PRZEPROWADZIŁ WYWIAD – *wypełnia pracownik*

.....  
(imię i nazwisko/ podpis pracownika)

## OKRES PRENATALNY/PRZEBIEG ROZWOJU

### 1. CIAŻA

- \* Przebieg .....
- \* Stan zdrowia matki .....

### 2. PORÓD

- \* Przedwczesny/o czasie/opóźniony/ inne\* .....
- \* Siłami natury/ cesarskie cięcie/ inne\* .....
- \* Dodatkowe informacje .....
- .....

### 3. OKRES NOWORODKOWY:

- \* Waga ..... Długość ..... Punkty Apgar .....
- \* Stan ogólny .....
- .....

### 4. OKRES NIEMOWLĘCY\*:

- \* Siadanie..... Stawanie..... Raczkowanie .....
- \* Chodzenie..... Mowa.....
- \* Stan zdrowia .....
- \* Czynności samoobsługowe .....
- .....
- \* Lateralizacja .....
- \*(proszę podać przybliżony wiek dziecka)*

### 5. INFORMACJE DODATKOWE:

.....  
.....  
.....

\*zaznaczyć właściwe

## EDUKACJA

### 1. OKRES PRZEDSZKOLNY

- \* Kontakt z dziećmi .....
- .....
- \* Trudności wychowawcze .....
- .....
- \* Sprawność manualna .....
- .....

- \* Sprawność fizyczna .....
- .....
- \* Koncentracja .....
- .....
- \* Zainteresowania .....
- .....
- \* Objawy niepokojące: Tiki/moczenie się/obgryzanie paznokci/zaburzenia odżywiania/  
inne \* (proszę wymienić jakie)
- .....
- \* Przebyte choroby: .....
- .....
- .....

\* niepotrzebne skreślić

## 2. OKRES SZKOLNY

*(Kontakt z rówieśnikami, zachowanie, uzdolnienia, koncentracja, trudności w nauce)*

### \* Klasy I-III:

.....

.....

.....

### \* Klasy IV-VIII

.....

.....

.....

### \* Klasy szkoły ponadpodstawowej

.....

.....

.....

## 3. Formy pomocy w nauce:

*(proszę podać formy wsparcia/zajęcia wyrównawcze/zajęcia dodatkowe/inne)*

.....

.....

.....

## 4. INFORMACJE DODATKOWE

*(czy dziecko/uczeń korzystało wcześniej z pomocy psychologiczno – pedagogicznej w innej PPP, spędzanie wolnego czasu, zainteresowania)*

.....

.....

.....

.....