



Poznań, dnia .....

## 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:

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

### Stan zdrowia dziecka/ ucznia (*przebyte choroby, urazy, hospitalizacje, inne*), **rozpoznanie medyczne**

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

### Aktualnie przyjmowane leki:

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



Korzystanie z pomocy np. psychologa, pedagoga, logopedy, fizjoterapeuty, rehabilitanta, terapeuty SI, psychiatry, innych specjalistów:

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

**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 .....

**5. INFORMACJE DODATKOWE:**

.....  
.....

**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)*  
.....  
.....  
.....

**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)*

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



## DANE DOTYCZĄCE RODZINY

### 1. MATKA

- \* Imię i nazwisko .....
- \* Wiek ..... wykształcenie/praca .....
- \* Numer kontaktowy/e-mail.....

### 2. OJCIEC

- \* Imię i nazwisko .....
- \* Wiek ..... wykształcenie/praca .....
- \* Numer kontaktowy/email.....

### 3. SYTUACJA RODZINNA

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

### 4. INNE INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA:

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

## UDZIELIŁ WYWIADU

### 1. Matka/ Ojciec/ Opiekun prawny/Uczeń pełnoletni

## PRZEPROWADZIŁ WYWIAD – *wypełnia pracownik*

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