

АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

Уважаемые родители, данная анкета обязательна для заполнения при поступлении в Центры АНО «Светлый город».

Это необходимо, чтобы:

- ✓ мы больше узнали о вас и могли бы вместе подумать о том, чем еще все вместе можем быть полезны детям в Центрах*
- ✓ специалисты Центра могли заранее познакомиться с Вашим ребенком и его особенностями поведения и мировосприятия*
- ✓ воспитатели Центра учитывали пристрастия и/или наоборот неприятия ребенка*
- ✓ мы не угостили ребенка тем, что он не переносит или просто не ест*
- ✓ мы не предложили игру или игрушку, которая ему не нравится*
- ✓ мы могли как можно быстрее наладить коммуникацию с ребенком и начать с ним вместе работать над его развитием*

Фамилия, имя, отчество ребенка _____

Дата рождения _____ Адрес(фактический) _____

телефоны: мама _____ папа _____ (_____) _____

ФИО матери _____

место работы, должность _____

ФИО отца (при полной семье) _____

место работы, должность _____

С кем проживает ребенок _____

Кто занимается воспитанием ребенка большую часть времени _____

Диагноз основной _____

Диагноз(ы) сопутствующий(е) _____

Хронические заболевания (помимо основного/сопутствующего) _____

Аллергии, непереносимости _____

Медицинские противопоказания _____

Аппетит (хороший, периодический, плохой/ в какое время лучше) _____

Нарушение стула (запоры, поносы) _____

Что вас беспокоит в состоянии или поведении ребенка? _____

Что вы больше всего цените в Вашем ребенке? _____

I. Социальное развитие:

1. Как проявляет себя в новой обстановке _____

2. Есть ли интерес к людям/предметам? Как он проявляется? _____

3. Как реагирует на знакомых людей? _____

4. Как реагирует в ситуации расставания со значимыми объектами? _____

5. Может ли играть самостоятельно, без помощи взрослого? _____ Если да, как долго? _____

6. Как реагирует на запреты делать что-либо? _____

7. Есть ли действия, которые ребенок постоянно повторяет продолжительное время (прыгает, рассматривает свои руки, чешет уши, раскачивается)? _____ Если да, какие? _____

8. Проявляет ли агрессию по отношению к себе или другим? _____ Как справляется с ней? _____
9. Есть ли ритуалы, привычки? _____ Какие? _____
10. Что может расстроить/успокоить ребенка? _____

II. Коммуникация:

1. Привлекает ли к себе внимание? _____ Каким способом? _____
2. Реагирует ли на свое имя? _____ Как именно? _____
3. Как Вы называете ребенка дома? _____
4. Поддерживает ли диалог? _____ Как именно? _____
5. Используете ли альтернативную коммуникацию (жесты, картинки, печатный текст...) _____
6. Как реагирует на обращенную речь? _____
7. Понимает ли инструкции? _____ Следует им? _____
8. Знает ли название предметов, игрушек? _____ Может ли показать? _____
9. Может ли ребенок сообщить о своих желаниях, эмоциях? Как именно? _____
10. Как ребенок выражает предпочтения? _____
11. Может ли отказаться от чего-либо? _____ Как? _____
12. Как может попросить еще? _____
13. Как может сообщить об опасности? Позвать на помощь? _____

III. Игровая деятельность:

1. Есть ли любимые игрушки, игры?

IV. Самообслуживание:

1. В чем проявляется самостоятельность, обслуживание себя? _____

2. Может ли сообщить о своих потребностях (еда, туалет)? _____

3. Может ли сам пользоваться туалетом/горшком/носит памперс? _____

4. Может ли помогать в смене памперса? _____

5. Может ли сам мыть руки/чистить зубы? _____

6. Соблюдает ли последовательность действий? _____

7. Может ли сам следить за чистотой своего тела, одежды: вытирает слюни, остатки еды, попу после дефекации? _____

8. Может ли сам одеваться/раздеваться? Какие предметы одежды может надевать/снимать самостоятельно? _____

9. Может самостоятельно есть/пить? _____

10. Есть ли нарушения глотания? _____

11. Умеет ли жевать? _____

12. Есть ли вкусовые предпочтения, любимая еда? _____

13. Еду какой консистенции употребляет: кусочки/протертую пищу? _____

V. Мобильность:

1. Как реагирует на прикосновения? _____
2. Состояние мышечного тонуса: гипер/гипо/нестабильный? _____
3. Есть ли деформация позвоночника? Какая? _____
4. Какова подвижность суставов? _____
5. Каординация движений? _____
6. Какие вспомогательные средства используются: обувь, ортезы, тьюра, коляска, вертикализатор, ходунки? _____

VI. Мелкая моторика:

1. Может ли произвольно брать предметы? Какие именно? _____


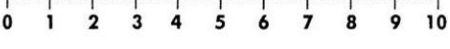








VII. Когнитивное развитие:












1. Ориентируется ли в пространстве (столовая, туалет, игровая, улица, дом)? _____
2. Может ли переключать внимание с одной деятельности на другую, с предмета на предмет? Как быстро? _____


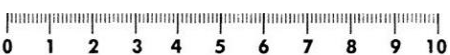

Какие у Вас ожидания от посещения ребенком «Светлого города»?

1. _____
2. _____

Готовы ли Вы выполнять домашние задания от специалистов центра? _____

Критерий	Оценка
Эмоциональная стабильность (0 – очень эмоционально неустойчив, 10 – эмоционально устойчив)	
Плаксивость (0 – очень плаксивый, 10 – не плаксивый)	
Агрессивность (0 – очень агрессивный, 10 – не агрессивный)	
Речевая активность (0 – нет речевой активности, 10 – высокая речевая активность)	
Звукопроизношение (0 – не произносит звуков, 10 – произносит много звуков)	
Словарный запас (0 – очень маленький словарный запас, 10- словарный запас соответствует возрасту)	
Эхолалия (повторение речи собеседника) (0 – ярко выражена, 10 – не выражена)	
Понимание речи (0- не понимает обращенную к нему речь, 10 – отлично понимает)	
Выполнение инструкций (0 – не выполняет инструкции, 10 – отлично выполняет инструкции)	
Слушание книг (0 - не слушает книги, 10 – очень заинтересованно слушает)	

Интерес к сверстникам (0 – не проявляет интереса, 10 – очень интересуется сверстниками)	
Мелкая моторика, рисунок, почерк (0 - мелкая моторика не развита, 10 – отличная мелкая моторика)	
Общая моторика (0 – общая моторика развита плохо, 10 – отличная общая моторика)	
Время засыпания (0 – долгое засыпание, 10- быстрое засыпание)	
Частота ночных пробуждений (0 – очень часто просыпается, 10- не просыпается)	
Чуткость сна (0 – сон очень чуткий, 10 - спит спокойно)	
Скрип зубами (0 - очень часто скрипит, 10 – не скрипит)	
Страхи (0 – часто сильно боится, 10 – нет страхов)	
Познавательная активность (0 – нет познавательной активности, 10 –активно задает вопросы, рассматривает книги, предметы)	
Гиперактивность (0 - гиперактивность ярко выражена, 10 - нет гиперактивности)	
Концентрация внимания (0 - совсем не внимательный, 10 –отличная концентрация внимания)	

Головные боли (0 - болит каждый день, 10 - голова не болит)	
Тики, навязчивые движения (0 - ярко выражены, 10 – нет)	
Энурез (0 – каждую ночь, 10 - нет)	

Достоверность предоставленных мною данных подтверждаю

(ФИО полностью, подпись)

Дата _____

Заполняется сотрудниками Центра:

Принял администратор _____ / _____

Ознакомились:

Воспитатели _____ / _____; _____ / _____; _____ / _____

_____ / _____; _____ / _____; _____ / _____;

Специалисты: _____ / _____; _____ / _____; _____ / _____;

_____ / _____; _____ / _____; _____ / _____