**Kwestionariusz dla rodziców - informacje dotyczące dziecka:**

**Imię i nazwisko dziecka**…………………………………………..………………………………………………….

**PESEL**………………………………………………………………………………………………………………..…………

Zasoby dziecka (predyspozycje, mocne strony, uzdolnienia, zainteresowania):

…………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………….……………………..…...…………………………………………………………………………………………..…………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………….............................................................................................................................................................................................................

Trudności (rozwojowe, edukacyjne, emocjonalne, społeczne):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Relacje z rówieśnikami:

…………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………….…………………..………………………………………………………………………………………………..………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………........……………..………………………………………………………………………………………………………………………………….………..

Relacje z najbliższymi:

…………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………….……………………..……………………………………………………………………………………………..………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………........……………..………………………………………………………………………………………………………………………………………...….

Potrzeby rozwojowe i edukacyjne w ocenie rodzica:

………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………….………………………..…………………………………………………………………………………………..………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………..........…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…

Olsztyn, dnia ............................ .............................................................................................

 czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

**Karta wywiad środowiskowego ucznia**

**Imię i nazwisko dziecka**…………………………………………..………………………………………………………………...…

**PESEL**………………………………………………………………………………………………………………..………………...……….

Nazwa i adres placówki POZ, której uczeń podlega

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………..……

Przebyte choroby (nazwa/czas) ………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………….………………………..…………………………………………………………………………………………..………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………..........…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…

Alergie (rodzaj alergii / alergen) …………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………….………………………..…………………………………………………………………………………………..………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………..........…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…

Zażywane leki (Nazwa leku i powód zażywania)

………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………….………………………..…………………………………………………………………………………………..………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………..........…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…

Czy uczeń jest pod opieką poradni specjalistycznej? Tak/Nie

Nazwa poradni (powód) ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………….………………………..…………………………………………………………………………………………..………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………..........…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…

Osoba kontaktowa w przypadku zdarzeń nagłych(np. zachorowanie uniemożliwiające uczestniczenie w lekcjach/ interwencja pogotowia ratunkowego)

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

nr telefonu ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

stopień pokrewieństwa…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dodatkowe uwagi dotyczące szczególnej opieki medycznej nad dzieckiem podczas jego pobytu w szkole

………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………….………………………..…………………………………………………………………………………………..………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………..........…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…

Olsztyn, dnia ............................ .............................................................................................

 czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna