PROCEDURA ORGANIZACJI WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA

Przedszkola Miejskiego z Oddziałami Integracyjnymi nr 40 w Zespole Szkolno-Przedszkolnym nr 14 w Gliwicach

****

Podstawy prawne regulujące organizację wczesnego wspomagania rozwoju dzieci:

1. Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 Prawo Oświatowe (Dz. U. 2017 poz. 59).
2. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz. U. z 2017 r., poz. 1635).
3. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz. U. z 2017 r., poz. 1578).
4. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 sierpnia 2017 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli (Dz. U. z 2017 r., poz. 1575 z późniejszą zmianą 1 marca 2019 r.).
5. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 25 sierpnia 2017 r., poz. 1591).
6. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz. U. z 14 września 2017 r., poz. 1743).
7. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 5 września 2017 r. w sprawie zadań wiodących ośrodków koordynacyjno – rehabilitacyjno – opiekuńczych (Dz. U. z 7 września 2017 r., poz. 1712).
8. Statut Przedszkola Miejskiego z Oddziałami Integracyjnymi nr 40 w Gliwicach należącego do Zespołu Szkolno – Przedszkolnego nr 14 w Gliwicach.

§1

Organizacja zajęć w ramach wczesnego wspomagania rozwoju

1. Do wczesnego wspomagania rozwoju przyjmowane są dzieci w wieku od 2r.ż do czasu objęcia ich obowiązkiem szkolnym na podstawie opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju oraz zgody organu prowadzącego przedszkole.
2. Realizacja wczesnego wspomagania rozwoju odbywa się na podstawie opinii wydanej przez poradnię psychologiczno- pedagogiczną, wniosku rodzica/prawnego opiekuna i za zgodą organu prowadzącego przedszkole.
3. Dyrektor powołuje zespół do wczesnego wspomagania rozwoju, wskazuje koordynatora i nadzoruje prawidłową realizację programu.
4. Wnioski o rozpoczęcie realizacji wczesnego wspomagania na terenie placówki złożone do

10 dnia każdego miesiąca umożliwią podjęcie terapii z pierwszym dniem kolejnego miesiąca.

1. Zajęcia w ramach wczesnego wspomagania rozwoju organizuje się w wymiarze od 4 do 8 godzin w miesiącu w zależności od możliwości psychofizycznych dziecka i jego potrzeb.
2. Zajęcia odbywają się według ustalonego harmonogramu zajęć. Harmonogram jest zgodny z organizacją danego roku szkolnego.
3. Zajęcia w ramach wczesnego wspomagania prowadzone są na terenie placówki indywidualnie lub w małych grupach z udziałem rodziny dziecka.
4. W przypadku, kiedy placówka nie zatrudnia odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności dziecka specjalistów, Dyrektor może odmówić przyjęcie dziecka na WWRD.
5. Realizacja zajęć może być zakończona lub przerwana przed rozpoczęciem realizacji obowiązku szkolnego na pisemny wniosek rodziców dziecka.

§2

Specyfika zespołu

1. W skład zespołu wchodzą powołani przez dyrektora specjaliści posiadający kwalifikacje zgodne z potrzebami dziecka wskazanymi w opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju, m.in.:
   1. Pedagog posiadający kwalifikacje odpowiednie do rodzaju niepełnosprawności dziecka.
   2. Psycholog
   3. Logopeda
   4. Terapeuta ruchu
   5. Terapeuta SI
2. Pracą zespołu kieruje koordynator powołany przez Dyrektora placówki, odpowiedzialny za: zatwierdzanie indywidualnych programów, organizowanie spotkań zespołu, monitorowanie wdrażanych działań i efektów pracy zespołu i opracowywanie dokumentacji.
3. Do zadań zespołu należy:
   1. Ustalanie harmonogramu działań wczesnego wspomagania i wsparcia rodziny dziecka.
   2. Opracowanie indywidualnego programu wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, z uwzględnieniem działań wspomagających rodzinę dziecka.
   3. Dokonywanie oceny efektywności i analizowanie skuteczności pomocy z zakresu wczesnego wspomagania udzielanej dziecku i jego rodzinie.
   4. Wprowadzanie zmian w indywidualnym programie wspomagania rozwoju dziecka stosowanie do potrzeb dziecka i jego rodziny oraz planowanie dalszych działań.
4. Szczegółowe zadania pracy zespołu obejmują następujące obszary:
   1. Praca z dzieckiem:
      * Usprawnianie
      * Nauczanie
      * Wspieranie
      * Wychowanie
   2. Praca z rodzicami:
      * Pozyskiwanie informacji
      * Wspieranie
      * Informowanie o postępach dziecka i sposobach pracy w domu
   3. Współpraca z instytucjami alternatywnymi (poradnia psychologiczno-pedagogiczna, pion medyczny i In.)
5. Zespół współpracuje z rodziną dziecka poprzez prowadzenie konsultacji, udzielanie instruktażu i porad w zakresie pracy z dzieckiem w warunkach domowych.
6. Zespół dokumentuje działania prowadzone w ramach wczesnego wspomagania rozwoju.

§3

Dokumentacja wczesnego wspomagania

1. W skład dokumentacji dziecka objętego WWRD wchodzą:
   1. Opinia o potrzebie WWRD,
   2. Wniosek rodzica (zał. nr 1) do dyrektora o zorganizowanie dziecku zajęć na terenie placówki,
   3. Protokół kwalifikacyjny dziecka do WWRD (zał. nr 2),
   4. Harmonogram zajęć dziecka (zał. nr 3),
   5. Kontrakt zawarty pomiędzy rodzicami/opiekunami prawnymi dziecka a zespołem specjalistów (zał. nr 4),
   6. Harmonogram spotkań z rodzicami (zał. nr 5),
   7. Indywidualny program WWRD (zał, nr. 12),
   8. Zgoda na przeprowadzenie wielospecjalistycznej diagnozy dziecka (zał. nr 7),
   9. Dziennik zajęć pracy z dzieckiem,
   10. Inna specjalistyczna dokumentacja dot. dziecka,
   11. Arkusz ewaluacyjny (zał. nr 6),
   12. Karta kontaktów z osobami współdziałającymi (zał. nr 8),
   13. Powołanie zespołu wczesnego wspomagania rozwoju dziecka (zał. nr 9),
   14. Harmonogram spotkań zespołu realizującego WWRD (zał. nr 10),
   15. Arkusz obserwacji dziecka (zał. nr 11),
   16. Kwestionariusz dla rodziców (zał. nr 13).

§4

Prawa i obowiązki rodziców

1. Rodzice/ opiekunowie prawni mają prawo do:
   1. Udziału w zajęciach prowadzonych z ich dzieckiem.
   2. Rzetelnej informacji dot. potrzeb i możliwości rozwojowych dziecka oraz instruktażu i porad w zakresie pracy w warunkach domowych.
   3. Indywidualnych, wcześniej ustalonych spotkań z terapeutami.
2. Rodzice/ opiekunowie prawni zobowiązani są do:
   1. Zapewnienia dziecku systematycznego udziału w zajęciach.
   2. Punktualnego przyprowadzania dzieci na zajęcia.
   3. Ścisłej współpracy z zespołem specjalistów w zakresie kontynuowania terapii w warunkach domowych.
   4. Przekazywania informacji/ dokumentacji dot. stanu zdrowia dziecka, diagnoz, realizowanych innych form terapii.
   5. Uczestnictwa w spotkaniach ewaluacyjnych.
   6. Telefonicznego lub osobistego zgłaszania przewidywanej nieobecności dziecka.
3. W przypadku nieobecności dziecka na zajęciach wynikających z harmonogramu nie ma możliwości odpracowywania zajęć (dotyczy również dni wolnych od pracy, planowanych urlopów i zwolnień lekarskich terapeutów).
4. Regularna nieusprawiedliwiona nieobecność dziecka na terapii upoważnia zespół do wykreślenia z grafiku terapii.

Procedura organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w Przedszkolu Miejskim z Oddziałami Integracyjnymi nr 40 w ZSP14 w Gliwicach wchodzi w życie z dniem 01.09.2020r.

Załącznik nr 1

Gliwice, dnia …………………

……………………………………. Imię i nazwisko rodzica

…………………………………….. Adres zamieszkania

…………………………………….. Telefon kontaktowy

Dyrekcja

……………………………………….

………………………………………

……………………………………….

Pełna nazwa i adres placówki

WNIOSEK O ORGANIZACJĘ ZAJĘĆ W RAMACH WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka: ……………………………………………………………………...

PESEL: ………………………………………………………………………………………..

Data i miejsce urodzenia: ……………………………………………………………………..

Miejsce zamieszkania: ………………………………………………………………………..

Do wniosku załączam:

* opinię nr ………………….. z dnia ……………………….. o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju wydaną przez …………………………………………………
* w przypadku dziecka siedmioletniego, decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego dziecka: dotyczy/nie dotyczy (właściwe podkreślić)

Jednocześnie informuję, że dziecko nie ma zorganizowanych zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w innej placówce. Zobowiązuję się do pisemnego poinformowania Dyrektora placówki o rezygnacji bądź zmianie miejsca realizacji wczesnego wspomagania.

## …………………………………………………

Podpis rodzica/ opiekuna prawnego

Załącznik nr 2

Gliwice, dnia ……………………….

PROTOKÓŁ KWALIFIKACYJNY DZIECKA DO WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU ORGANIZOWANEGO NA TERENIE PRZEDSZKOLA MIEJSKIEGO Z ODDZIAŁAMI INTEGRACYJNYMI NR 40 W GLIWICACH

Na podstawie opinii nr ................................. z dnia ............................ wydanej przez

................................................................................................................................................. Dyrektor

wraz z członkami zespołu do wczesnego wspomagania rozwoju dziecka:

1............................................................................

(imię i nazwisko członka zespołu)

2............................................................................

(imię i nazwisko członka zespołu)

3............................................................................

(imię i nazwisko członka zespołu)

4............................................................................

(imię i nazwisko członka zespołu)

postanowił objąć: .........................................................................................................

(imię i nazwisko dziecka)

zajęciami w zakresie:

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

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

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

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

na czas określony od ………………………..

Podpisy komisji:

………………………………...................

………………………………...................

………………………………...................

…………………………………...............

…………………………………...............

Załącznik nr 3

Gliwice, dn. ……………………………

### Harmonogram zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dla

**……………………………………………………………………**

(imię i nazwisko dziecka)

Niniejszym informuję, iż dla Państwa dziecka zostały ustalone następujące zajęcia specjalistyczne, które będą realizowane w okresie od ……………………..… do w ramach wczesnego

wspomagania rozwoju dziecka.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Specjalista** | **Dzień tygodnia** | **Godziny zajęć** |
| 1. | ………………………………………  (imię i nazwisko)  ………………………………………  (forma terapii) | ………………… | ………………… |
| 2. | ………………………………………  (imię i nazwisko)  ………………………………………  (forma terapii) | ………………… | ………………… |
| 3. | ………………………………………  (imię i nazwisko)  ………………………………………  (forma terapii) | ………………… | ………………… |
| 4 | ………………………………………  (imię i nazwisko)  ………………………………………  (forma terapii) | ………………… | ………………… |

Potwierdzam odbiór harmonogramu ……………………………………

Podpis rodzica

Załącznik nr 4

Gliwice, dn. ……………..

**KONTRAKT**

Zawarty pomiędzy zespołem wczesnego wspomagania w składzie:

…………………………………….

…………………………………….

…………………………………….

…………………………………….

a rodzicami ………………………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko dziecka) (imiona i nazwiska rodziców) Kontrakt obowiązuje od dnia …………………………

1. Członkowie zespołu wczesnego wspomagania zobowiązują się do:
   * Zapoznania rodziców z programem wczesnego wspomagania rozwoju dziecka i kierunkami działań;
   * Opracowania harmonogramu spotkań z dzieckiem i jego rodziną oraz przedstawienia go rodzicom;
   * Udzielania wsparcia i pomocy dziecku i jego rodzinie, zależnie od potrzeb;
   * Realizowania działań zgodnie ze wskazaniami i zaleceniami zawartymi w opinii o wczesnym wspomaganiu;
   * Rzetelnego informowania rodziców o postępach i zachowaniu dziecka;
   * Prowadzenia konsultacji specjalistycznych z rodzicami, przygotowywania instruktażu, zależnie od potrzeb;
   * Przekazywania materiałów metodycznych do pracy z dzieckiem w domu.
2. Rodzice dziecka zobowiązują się do:
   * Zapoznania się z procedurą WWRD;
   * Współpracy z zespołem w zakresie realizacji celów terapeutycznych;
   * Realizowania zaleceń zespołu;
   * Uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych;
   * Punktualnego przyprowadzania dziecka na zajęcia;
   * Uczestnictwa w planowanych w harmonogramie spotkaniach z zespołem specjalistów;
   * Informowania o potencjalnych nieobecnościach dziecka na zajęciach (cztery kolejne nieobecności dziecka na zajęciach, bez wcześniejszego zgłoszenia, powodują zawieszenie zajęć w ramach wczesnego wspomagania).

Podpis członków zespołu: Podpis rodziców dziecka:

## ……………………………………… ……………………………………

……………………………………... ……………………………………

……………………………………...

……………………………………...

Załącznik nr 5

## Gliwice, dn………………….

HARMONOGRAM SPOTKAŃ Z ROODZICAMI W RAMACH REALIZACJI PROGRAMU WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj spotkania** | **Data** | **Podpis rodzica** | **Podpis członków zespołu** |
| 1. Zebranie informacyjne:   * ustalenie zasad i metod współpracy * popisanie kontraktów i harmonogramów pracy |  |  |  |
| 2.Spotkanie ewaluacyjne śródroczne:   * przekazanie informacji dotyczących zaobserwowanych postępów terapii, indywidualnych problemów uczestników terapii * udzielanie wskazówek do dalszej pracy * ewentualna modyfikacja indywidualnego programu terapii |  |  |  |
| 3.Spotkanie podsumowujące pracę terapeutyczną w danym roku szkolnym |  |  |  |

Załącznik nr 6

Gliwice, dn. …………………………

**ARKUSZ EWALUACYJNY**

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

Ewaluacja:

Śródroczna …………………………

(data)

Podsumowująca ……………………….

(data)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cele terapeutyczne** | **Uzyskane efekty (skala pomiaru):** | | | |
| Poziom zadawalający | Poziom przeciętny | Poziom wymagający doskonalenia | Regres |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Podpisy terapeutów: Podpis rodzica:

Załącznik nr 7

Gliwice, dn. ……………………………

# ZGODA NA PRZEPROWADZENIE DIAGNOZY DZIECKA

## Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wielospecjalistycznej diagnozy mojego dziecka

………………………………………….………………………………..

(imię i nazwisko dziecka)

## w celu stworzenia i dostosowania indywidualnego planu terapeutycznego.

Podpis rodzica:

Załącznik nr 8

Gliwice, dn………………………..

### KARTA KONTAKTÓW Z OSOBAMI WSPÓŁDZIAŁAJĄCYMI

**(inni specjaliści, rodzice, opiekunowie)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Opis** | **Podpis terapeuty** | **Podpis osoby współdziałającej** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Załącznik nr 9

## Gliwice, dn……………………..

**Powołanie zespołu wczesnego wspomagania rozwoju dziecka**

Na podstawie § 3 Rozporządzenia MEN z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dziecki (Dz. U. z 2017 r., poz. 1635) zarządzam, co następuje:

Powołuje się w ………………………………………………………………………………...

Pełna nazwa placówki

## zespół specjalistów do spraw wczesnego wspomagania rozwoju dziecka dla

……………………………………………………………………………………. w składzie:

Imię i nazwisko dziecka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię**  **specjalisty** | **Funkcja** | **Podpis** |
| 1. |  | Koordynator prac  zespołu |  |
| 2. |  | Psycholog |  |
| 3. |  | Pedagog |  |
| 4. |  | Logopeda |  |
| 5. |  | Terapeuta SI |  |
| 6. |  | Terapeuta ruchu |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |

## …………………………………………………..

Pieczątka i podpis dyrektora placówki

Załącznik nr 10

## Gliwice, dn. …………………………

**Harmonogram spotkań zespołu realizującego wczesne wspomaganie rozwoju dziecka**

…………………………………………………………………………

Imię i nazwisko dziecka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj spotkania** | **Zadania** | **Data** | **Podpisy członków** |
| Spotkanie diagnostyczne | * Analizowanie dokumentacji dotyczącej rozwoju dziecka oraz jego środowiska rodzinnego * Analiza opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju * Przeprowadzenie obserwacji i prób diagnostycznych * Rozmowy z rodzicami i innymi osobami ze środowiska dziecka * Wielospecjalistyczna analiza zebranych informacji |  |  |
| Spotkanie poświęcone organizacji zajęć WWR oraz opracowaniu dokumentacji | * Dobór systemu komunikacji dla dziecka z trudnościami * Zaplanowanie rodzaju zajęć terapeutycznych * Opracowanie Indywidualnego Programu Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka oraz innych obowiązkowych i   dodatkowych dokumentów potwierdzających pracę zespołu |  |  |
| Spotkania superwizyjne poświęcone wymianie doświadczeń na temat pracy z dzieckiem oraz rodzicami w ramach WWR | * Omówienie spraw bieżących dotyczących organizacji i przebiegu zajęć * Analiza procesu terapeutycznego * Wymiana doświadczeń pomiędzy terapeutami * Dokonanie cząstkowej ewaluacji indywidualnego programu WWR * Ocena postępów i trudności w funkcjonowaniu dziecka * Diagnoza aktualnych potrzeb i możliwości dziecka * Wprowadzenie ewentualnych zmian w programie |  |  |
| Spotkania ewaluacyjne | * Dokonanie całościowej ewaluacji indywidualnego programu WWR * Ocena skuteczności pomocy udzielanej dziecku i jego rodzinie * Wyznaczenie wniosków i kierunków dalszej pracy z dzieckiem i jego rodziną |  |  |
|  |  |

Załącznik nr 11

Gliwice, dn. …………………….

Arkusz obserwacji dziecka

Imię i nazwisko dziecka: …………………………………………………………………

Ocena sprawności dziecka:

Motoryka duża

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

Motoryka mała

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

Percepcja

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

Komunikacja

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

Rozwój emocjonalny

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

Zachowanie

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………….

Podpis wychowawcy

Załącznik nr 12

Gliwice, dn……………………………

PROGRAM WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU

Imię i nazwisko dziecka: ……………………………………………………………………………….

Okres realizacji programu: ……………………………………………………………………………..

Pełna nazwa placówki: …………………………………………………………………………………

**Wieloprofilowa diagnoza uwzględniająca poszczególne sfery funkcjonowania dziecka**

|  |  |
| --- | --- |
| Sfera społeczno - emocjonalna |  |
| Sfera poznawcza – pamięć, uwaga, myślenie, percepcja wzrokowa, percepcja słuchowa |  |
| Samoobsługa |  |
| Komunikacja |  |
| Integracja sensoryczna – słuch, wzrok, dotyk, równowaga, czucie głębokie |  |
| Sprawność motoryczna |  |

**Metody wsparcia rodziny dziecka w zakresie realizacji programu:**

1. udzielanie pomocy w zakresie kształtowania postaw i zachowań pożądanych w kontaktach z dzieckiem: wzmacnianie więzi emocjonalnej pomiędzy rodzicami i dzieckiem, rozpoznawanie zachowań dziecka, utrwalanie właściwych reakcji na te zachowania;
2. udzielanie instruktażu i porad oraz prowadzenie konsultacji w zakresie pracy z dzieckiem;
3. pomoc w przystosowaniu warunków w środowisku domowym do potrzeb dziecka oraz pozyskaniu i wykorzystaniu w pracy z dzieckiem odpowiednich środków dydaktycznych i niezbędnego sprzętu.

**Odniesienie diagnozy do programowania procesu wspomagania**

(Cele terapeutyczne ogólne i szczegółowe)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sfera rozwoju dziecka | Cel ogólny | Cele szczegółowe |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Sposób oceny postępów dziecka:**

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

**Zajęcia specjalistyczne realizowane w ramach WWRD**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj zajęć | Wymiar godzin | Forma zajęć |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Modyfikacje IPWWR**

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Opis modyfikacji |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Podpisy członków zespołu: Podpis rodzica:**

**……………………………………………….. ………………………………………**

**………………………………………………..**

**………………………………………………..**

**………………………………………………..**

**………………………………………………..**

Załącznik nr 13

## Gliwice, dn. ………………………….

**Kwestionariusz dla rodziców**

**Dane osobowe:**

Imię i nazwisko dziecka: ……………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia: ……………………………………………………………………

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………

Opieka specjalistycznych poradni: …………………………………………………………..

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

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

……………………………………………………………………………………………….. Diagnoza: …………………………………………………………………………………….

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

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

**Dane o rodzinie:**

Matka (imię i nazwisko): …………………………………………………………………….

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………….

Telefon: ……………………………………………………………………………………….

Ojciec (imię i nazwisko): ……………………………………………………………………..

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………….

Telefon: ……………………………………………………………………………………….

Rodzeństwo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Wiek | Stan zdrowia (np. choroby  przewlekłe, niepełnosprawność) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Osoby zamieszkujące z dzieckiem: …………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

Warunki mieszkaniowe (zaznaczyć właściwe):

* Bardzo dobre
* Dobre
* Wymagające poprawy
* Niewystarczające

Choroby występujące w rodzinie (m.in. choroby i zaburzenia psychiczne, niepełnosprawność, choroby przewlekłe): …………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Postawy rodzicielskie:**

(Proszę zaznaczyć właściwe odpowiedzi)

Matka dziecka:

1. Ciągle staram się kontrolować moje dziecko, aby postępowało zgodnie z moimi życzeniami.
   1. Zdecydowanie taki/a jestem i tak się zachowuję
   2. Raczej taki/a jestem i tak się zachowuję
   3. Mam wątpliwości czy taki/a jestem i tak się zachowuję
   4. Raczej taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
   5. Zdecydowanie taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
2. Pozwalam mojemu dziecku samemu uczyć się radzenia sobie w różnego typu sytuacjach.
   1. Zdecydowanie taki/a jestem i tak się zachowuję
   2. Raczej taki/a jestem i tak się zachowuję
   3. Mam wątpliwości czy taki/a jestem i tak się zachowuję
   4. Raczej taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
   5. Zdecydowanie taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
3. Łatwo tracę cierpliwość w postępowaniu z dzieckiem.
   1. Zdecydowanie taki/a jestem i tak się zachowuję
   2. Raczej taki/a jestem i tak się zachowuję
   3. Mam wątpliwości czy taki/a jestem i tak się zachowuję
   4. Raczej taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
   5. Zdecydowanie taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
4. Staram się ciągle chronić moje dziecko przed trudnościami czy kłopotami.
   1. Zdecydowanie taki/a jestem i tak się zachowuję
   2. Raczej taki/a jestem i tak się zachowuję
   3. Mam wątpliwości czy taki/a jestem i tak się zachowuję
   4. Raczej taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
   5. Zdecydowanie taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
5. Często spędzam czas z moim dzieckiem i chętnie nawiązuję z nim kontakt – bawię się i rozmawiam.
   1. Zdecydowanie taki/a jestem i tak się zachowuję
   2. Raczej taki/a jestem i tak się zachowuję
   3. Mam wątpliwości czy taki/a jestem i tak się zachowuję
   4. Raczej taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
   5. Zdecydowanie taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
6. Często prawię mojemu dziecku „kazania” na temat tego, jak się zachowuje.
   1. Zdecydowanie taki/a jestem i tak się zachowuję
   2. Raczej taki/a jestem i tak się zachowuję
   3. Mam wątpliwości czy taki/a jestem i tak się zachowuję
   4. Raczej taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
   5. Zdecydowanie taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
7. Niepokoję się, gdy nie wiem, co w tej chwili robi moje dziecko.
   1. Zdecydowanie taki/a jestem i tak się zachowuję
   2. Raczej taki/a jestem i tak się zachowuję
   3. Mam wątpliwości czy taki/a jestem i tak się zachowuję
   4. Raczej taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
   5. Zdecydowanie taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
8. Wymagam od mojego dziecka bezwzględnego posłuszeństwa.
   1. Zdecydowanie taki/a jestem i tak się zachowuję
   2. Raczej taki/a jestem i tak się zachowuję
   3. Mam wątpliwości czy taki/a jestem i tak się zachowuję
   4. Raczej taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
   5. Zdecydowanie taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
9. Wysokość kary jaką wymierzam dziecku często zależy od mojego nastroju.
   1. Zdecydowanie taki/a jestem i tak się zachowuję
   2. Raczej taki/a jestem i tak się zachowuję
   3. Mam wątpliwości czy taki/a jestem i tak się zachowuję
   4. Raczej taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
   5. Zdecydowanie taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
10. Gdy moje dziecko jest uparte, to staram się je zrozumieć, bo nie zawsze to ja mam rację.
    1. Zdecydowanie taki/a jestem i tak się zachowuję
    2. Raczej taki/a jestem i tak się zachowuję
    3. Mam wątpliwości czy taki/a jestem i tak się zachowuję
    4. Raczej taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
    5. Zdecydowanie taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję

## Ojciec dziecka:

1. Ciągle staram się kontrolować moje dziecko, aby postępowało zgodnie z moimi życzeniami.
   * 1. Zdecydowanie taki/a jestem i tak się zachowuję
     2. Raczej taki/a jestem i tak się zachowuję
     3. Mam wątpliwości czy taki/a jestem i tak się zachowuję
     4. Raczej taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
     5. Zdecydowanie taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
2. Pozwalam mojemu dziecku samemu uczyć się radzenia sobie w różnego typu sytuacjach.
3. Zdecydowanie taki/a jestem i tak się zachowuję
4. Raczej taki/a jestem i tak się zachowuję
5. Mam wątpliwości czy taki/a jestem i tak się zachowuję
6. Raczej taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
7. Zdecydowanie taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
8. Łatwo tracę cierpliwość w postępowaniu z dzieckiem.
9. Zdecydowanie taki/a jestem i tak się zachowuję
10. Raczej taki/a jestem i tak się zachowuję
11. Mam wątpliwości czy taki/a jestem i tak się zachowuję
12. Raczej taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
13. Zdecydowanie taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
14. Staram się ciągle chronić moje dziecko przed trudnościami czy kłopotami.
15. Zdecydowanie taki/a jestem i tak się zachowuję
16. Raczej taki/a jestem i tak się zachowuję
17. Mam wątpliwości czy taki/a jestem i tak się zachowuję
18. Raczej taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
19. Zdecydowanie taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
20. Często spędzam czas z moim dzieckiem i chętnie nawiązuję z nim kontakt – bawię się i rozmawiam.
21. Zdecydowanie taki/a jestem i tak się zachowuję
22. Raczej taki/a jestem i tak się zachowuję
23. Mam wątpliwości czy taki/a jestem i tak się zachowuję
24. Raczej taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
25. Zdecydowanie taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
26. Często prawię mojemu dziecku „kazania” na temat tego, jak się zachowuje.
27. Zdecydowanie taki/a jestem i tak się zachowuję
28. Raczej taki/a jestem i tak się zachowuję
29. Mam wątpliwości czy taki/a jestem i tak się zachowuję
30. Raczej taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
31. Zdecydowanie taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
32. Niepokoję się, gdy nie wiem, co w tej chwili robi moje dziecko.
33. Zdecydowanie taki/a jestem i tak się zachowuję
34. Raczej taki/a jestem i tak się zachowuję
35. Mam wątpliwości czy taki/a jestem i tak się zachowuję
36. Raczej taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
37. Zdecydowanie taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
38. Wymagam od mojego dziecka bezwzględnego posłuszeństwa.
39. Zdecydowanie taki/a jestem i tak się zachowuję
40. Raczej taki/a jestem i tak się zachowuję
41. Mam wątpliwości czy taki/a jestem i tak się zachowuję
42. Raczej taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
43. Zdecydowanie taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
44. Wysokość kary jaką wymierzam dziecku często zależy od mojego nastroju.
45. Zdecydowanie taki/a jestem i tak się zachowuję
46. Raczej taki/a jestem i tak się zachowuję
47. Mam wątpliwości czy taki/a jestem i tak się zachowuję
48. Raczej taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
49. Zdecydowanie taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
50. Gdy moje dziecko jest uparte, to staram się je zrozumieć, bo nie zawsze to ja mam rację.
51. Zdecydowanie taki/a jestem i tak się zachowuję
52. Raczej taki/a jestem i tak się zachowuję
53. Mam wątpliwości czy taki/a jestem i tak się zachowuję
54. Raczej taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję
55. Zdecydowanie taki/a NIE jestem i tak się NIE zachowuję

# Rozwój dziecka:

## Okres ciąży (obserwowane nieprawidłowości): ………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Okres okołoporodowy (obserwowane nieprawidłowości): …………………………………...

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Okres noworodkowy/ niemowlęcy (obserwowane nieprawidłowości): ………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rozwój ruchowy:** |  | | |
| Pełzanie: | TAK | NIE | Wiek: ……………….. |
| Raczkowanie: | TAK | NIE | Wiek: ……………….. |
| Samodzielne siadanie: | TAK | NIE | Wiek: ……………….. |
| Samodzielne chodzenie: | TAK | NIE | Wiek: ……………….. |

Napięcie mięśniowe:  PRAWIDŁOWE  NIEPRAWIDŁOWE

Uwagi dotyczące rozwoju ruchowego: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Rozwój mowy i komunikacji:**

Pierwsze słowa:  TAK  NIE Wiek: ………………..

Pierwsze zdania:  TAK  NIE Wiek: ………………..

Komunikowanie gestem:  TAK  NIE

Komunikacja alternatywna:  TAK  NIE Rodzaj: ………………………

(np. makaton, język migowy)

## Nadwrażliwość słuchowa: TAK NIE Rodzaj dźwięku: ……………………

**Aktualny stan zdrowia dziecka:**

Wzrok: ………………………………………………………………………………………...

Słuch: ………………………………………………………………………………………….

Choroby (alergia, epilepsja i in.): ……………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………… Zażywane leki: ………………………………………………………………………………...

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Samoobsługa dziecka:**  Sygnalizowanie potrzeb fizjologicznych: | TAK | NIE |
| Rozbieranie się: | TAK | NIE |
| Ubieranie się: | TAK | NIE |
| Zakładanie butów/ kapci: | TAK | NIE |
| Mycie rąk: | TAK | NIE |
| Mycie zębów: | TAK | NIE |
| Porządkowanie miejsca zabawy: | TAK | NIE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jedzenie:** |  | |
| Samodzielne z użyciem sztućców | TAK | NIE |
| Samodzielne rękami | TAK | NIE |
| Z pomocą osoby dorosłej | TAK | NIE |
| Karmione przez osobę dorosłą | TAK | NIE |
| Dieta specjalistyczna | TAK | NIE |

Rodzaj diety/ zalecenia: ………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Aktywność dziecka:**

Preferowane aktywności: ……………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………… Samodzielność w zabawie:  TAK  NIE

Wspólne spędzanie czasu z dzieckiem (ulubione czynności): ………………………………...

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………… Ulubione bajki/ filmy/ piosenki dziecka: ……………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………… Zachowania zakłócające/ trudne (np. krzyk, agresja, samookaleczenia, ucieczka, napady histerii): ………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………… Zachowania lękowe (np. czego dziecko nie lubi, czego dziecko się boi): ……………………

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………… System wzmocnień (np. kary, nagrody, pochwały, bank nagród): ……………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Sen:**

Czy dziecko śpi w ciągu dnia?  TAK  NIE Jeśli tak, to ile? …………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Czy dziecko zasypia samodzielnie?  Czy dziecko śpi we własnym pokoju? | TAK  TAK | NIE  NIE |  |
| Czy dziecko śpi z rodzicami? | TAK | NIE | CZASAMI |
| Jeśli tak, to jak często? ……………………………………………. | | | |
| Czy dziecko zasypia o stałych porach? | TAK | NIE | |
| Czy dziecko przebudza się w nocy? | TAK | NIE | |

Jeśli tak, to jak często? ……………………………………………..

Przeciętna długość snu dziecka (w godzinach): ……………………

Preferowane przez rodziców formy zajęć terapeutycznych wskazanych w opinii z Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej: ……………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Główne cele terapeutyczne wskazane przez rodziców (proszę wypisać konkretne przykłady, np. czego Państwo oczekują, na jakich osiągnięciach dzieci Państwu zależy): ………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Godziny pobytu dziecka w przedszkolu:**

Poniedziałek od …………………. do ……………………

Wtorek od …………………….. do ……………………...

Środa od ……………………… do ………………………

Czwartek od …………………… do ……………………..

Piątek od ………………………. do ……………………..

Podpisy obojga rodziców/ opiekunów:

……………………………………..

……………………………………..