

# KWESTIONARIUSZ

## 1 – informacje ogólne

Imię i nazwisko dziecka \_\_\_\_\_

Data i miejsce urodzenia \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnoza okulistyczna: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Inne diagnozy: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dziecko posiada / nie posiada\* orzeczenie o niepełnosprawności ważne do \_\_\_\_\_

Symbole niepełnosprawności na orzeczeniu \_\_\_\_\_

Dziecko uczęszcza / nie uczęszcza\* do przedszkola lub OREW-u

Adres i telefon przedszkola \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dziecko korzysta ze stałych zajęć rehabilitacyjnych lub edukacyjnych w

następujących placówkach: (podać rodzaj zajęć, częstotliwość i nazwę placówki)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

\* skreśl niewłaściwe

2 – informacje o środowisku dziecka (pozostaw właściwe odpowiedzi, niewłaściwe skreśl)

**Ojciec / prawny opiekun:** Pracuje / na urlopie wychowawczym / nie pracuje

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ rok urodzenia \_\_\_\_\_

Wykształcenie \_\_\_\_\_

**Matka / prawna opiekunka:** Pracuje / na urlopie wychowawczym / nie pracuje

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ rok urodzenia \_\_\_\_\_

Wykształcenie \_\_\_\_\_

Rodzeństwo dziecka (podać imię i rok urodzenia):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Osoby regularnie opiekujące się dzieckiem: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rodzina: pełna / niepełna

Mieszkanie – liczba pokoi..... Samodzielne / przy rodzinie / wynajmowane

Rodzina korzysta z pomocy społecznej w zakresie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Inne ważne informacje dotyczące sytuacji rodzinnej : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wszystkie informacje służą wyłącznie pracy ZWWRD w SOSWDN w Owińskach**