|  |
| --- |
| *Szanowni Państwo,**W związku z aktualną sytuacją epidemiczną, zdecydowaliśmy się przygotować dla Państwa rozrzerzoną ankietę, która pozwoli nam uzyskać w bezpieczny sposób, jak największą ilość informacji niezbędnych w procesie konsultacji i kwalifikacji Państwa dziecka do udziału w wakacyjnej grupie IN IN. Dzięki informacjom uzyskanym na podstawie ankiety, będziemy mogli ograniczyć konsultację z Państwem i dzieckiem do jednego spotkania on-line z prowadzącymi daną grupę.* *Prosimy o wypełnienie szarych pól w ankiecie, zapisanie jej i odesłanie na adres* *grupy@osrodekregeneracja.pl**.****Prosimy o dostarczenie ankiety*** *do Ośrodka najpóźniej****na dwa dni przed umówioną konsultacją****. Dostarczenie w takim terminie daje gwarancję, że psychoterapeuci zdążą zapoznać się z zawartymi w ankiecie informacjami. Niedostarczenie wypełnionej ankiety w powyższym terminie może skutkować odwołaniem konsultacji przez prowadzących.* |
| **DANE UCZESTNIKA WAKACYJNEJ GRUPY IN IN o nazwie:** |
| Imię dziecka: |       |
| Wiek dziecka: |       |
| Klasa (w której dziecko będzie po wakacjach): |       |
| Czy udział w wakacyjnej grupie IN IN jest zaleceniem specjalisty z naszego Ośrodka? Jeśli tak, to:* kogo?
* kiedy powstał ten pomysł?
 |       |
| Czy korzystali już Państwo z poza naszym Ośrodkiem? Jeśli tak, to:* z jakiego rodzaju?
* kiedy?
* u jakiego specjalisty (również psychiatry)?
* z jaką częstotliwością?
* z jakiego powodu?
* jakie były rezultaty?
* jakie otrzymali Państwo zalecenia i czy zostały przez Państwa zrealizowane?
 |       |
| Czy dziecko ma orzeczenie/ diagnozę/ opinię z poradni psychologiczno – pedagogicznej lub poradni zdrowia psychicznego? Jeśli tak, prosimy o dołączenie kserokopii dokumentacji. |       |
| Jakie są powody zgłoszenia dziecka do udziału w wakacyjnej grupie IN IN? | wg MAMY | wg TATY |
|       |       |
| Jakie są Państwa oczekiwania (cele) związane z udziałem dziecka w wakacyjnej grupie IN IN? | wg MAMY | wg TATY |
|       |       |
| Czy dziecko brało już udział w grupowych zajęciach terapeutycznych, warsztatach, treningach? Jeśli tak, to jakich, gdzie i kiedy? |       |

|  |
| --- |
| **CHCIELIBYŚMY LEPIEJ POZNAĆ PAŃSTWA DZIECKO:** |
| Prosimy o opisanie dziecka: jego mocnych i słabszych stron. | wg MAMY | wg TATY |
|       |       |
| Czy jest coś, co Państwa martwi, niepokoi w funkcjonowaniu dziecka? | wg MAMY | wg TATY |
|       |       |
| Zainteresowania: czym interesuje się Państwa dziecko, czym zajmuje się w wolnym czasie?Jeśli gra w gry komputerowe, to w jakie? | wg MAMY | wg TATY |
|       |       |
| Jakie są relacje Państwa dziecka z rówieśnikami? Jak sobie radzi z innymi dziećmi w klasie? Czy spotyka się z rówieśnikami po lekacjach? | wg MAMY | wg TATY |
|       |       |
| Czy dziecko jest lubiane przez inne dzieci? | wg MAMY | wg TATY |
|       |       |
| Jak opisują Państwa dziecko nauczyciele? | wg MAMY | wg TATY |
|       |       |
|  |
| **CHCIELIBYŚMY POZNAĆ RODZINĘ ZGŁOSZONEGO DO NAS DZIECKA:** |
| Jaka jest Państwa obecna sytuacja rodzinna? | Czy dziecko ma rodzeństwo?:       W jakim wieku?:      Rodzice mieszkają: razem      /osobno      ?Oboje rodzice są zaangażowani w opiekę nad dzieckiem: tak       /nie       .Czy jest jakiś opiekun, z którym dziecko jest związane? Jeśli tak, to kto to jest?:       |
| Jak opisaliby Pańswto siebie jako rodziców? Jakie są Państwa mocne i słabsze strony? | MAMA | TATA |
|       |       |
| Czy jest coś, co powinnyśmy wg Państwa wiedzieć, a nie ma o to pytania w ankiecie? | wg MAMY | wg TATY |
|       |       |
| Inne ważne informacje dotyczące dziecka (stan zdrowia, przyjmowane leki, wymagania dotyczące diety itp.) | Czy dziecko jest na diecie? Jeśli tak, to jakiej?      Czy dziecko jest na coś uczulone? Jeśli tak, to na co?     Czy dziecko przyjmuje leki? Jeśli tak, to jakie?       |
| Czy oboje rodzice wzięli czynny udział w wypełnieniu ankiety? Jeśli NIE, to DLACZEGO? |       |