Imię i nazwisko dziecka: ……..…… Teczka WWR nr:.....

Tychy, ……

WNIOSEK O OBJĘCIE DZIECKA WCZESNYM WSPOMAGANIEM ROZWOJU

DOKUMENT SKŁADANY PRZEZ RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Zwracam się z wnioskiem o objęcie mojego dziecka zajęciami wczesnego wspomagania rozwoju w Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Fizjogo w Tychach, na podstawie opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.

1. DANE DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka	
Data urodzenia	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Adres zameldowania	
Planowana data rozpoczęcia realizacji WWR	

2. OPINIA O POTRZEBIE WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU

Numer opinii	
Data wydania opinii	
Poradnia wydająca opinię	

☐ Załączam oryginał opinii do wglądu i kopię do dokumentacji.
☐ Proszę o wykonanie kopii opinii i potwierdzenie jej za zgodność z okazanym oryginałem.

3. DANE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Zakres danych	**Rodzic / opiekun prawny 1**	**Rodzic / opiekun prawny 2**
Adres zamieszkania		
Adres zameldowania		
Numer telefonu		
Adres e-mail		
Zakres władzy rodzicielskiej / opieki		

Data złożenia wniosku	**Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego**

UZUPEŁNIA PORADNIA

4. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA OPINII O POTRZEBIE WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU

Imię i nazwisko dziecka	
Numer opinii	
Poradnia wydająca	
Data okazania oryginału	
Liczba stron	

Potwierdzam zgodność kopii z okazanym oryginałem opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.

.....

Podpis osoby potwierdzającej / pieczęć Poradni

Imię i nazwisko dziecka: ……..…… Teczka WWR nr:.....

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO WNIOSKU O OBJĘCIE WWR

ZGODY I OŚWIADCZENIA - OBOWIĄZKOWE

DOKUMENT UZUPEŁNIANY PRZEZ RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Zaznaczenie pola przy danej pozycji oznacza jej potwierdzenie. Podpis złożony na końcu załącznika odnosi się do wszystkich zaznaczonych pozycji.

☐ **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka w zakresie niezbędnym do realizacji zajęć wczesnego wspomagania rozwoju w Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Fizjogo. Administratorem danych osobowych jest Fizjogo Agata Puchała. Oświadczam również, że zostałem/zostałam poinformowany/a o przysługujących mi prawach wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) oraz że zapoznałem/zapoznałam się z klauzulą informacyjną dostępną w siedzibie Poradni i na stronie internetowej placówki.

☐ **Oświadczenie o prawach rodzicielskich**

Oświadczam, że posiadam pełnię praw rodzicielskich i nie istnieją ograniczenia prawne w zakresie podejmowania decyzji dotyczących terapii dziecka.

Czy oboje rodzice posiadają pełnię praw rodzicielskich? ☐ NIE ☐ TAK

Jeśli nie – kto sprawuje opiekę prawną? .....

☐ **Oświadczenie dotyczące poinformowania drugiego rodzica / opiekuna prawnego**

Oświadczam, że poinformowałem/poinformowałam drugiego rodzica/opiekuna prawnego dziecka o złożeniu wniosku do Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Fizjogo oraz o objęciu dziecka pomocą w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju.

☐ **Oświadczenie o realizacji WWR wyłącznie w jednej placówce**

Oświadczam, że od dnia ..... (planowana data rozpoczęcia zajęć) moje dziecko nie będzie korzystało z zajęć wczesnego wspomagania rozwoju organizowanych przez inną placówkę. Deklaruję, że dziecko będzie realizowało zajęcia WWR wyłącznie w Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Fizjogo w Tychach. Mam świadomość, że jednoczesne korzystanie z WWR w więcej niż jednej placówce jest niezgodne z obowiązującymi przepisami.

☐ **Oświadczenie o zapoznaniu się z Regulaminem**

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem Organizacyjnym WWR obowiązującym w NPPP Fizjogo, rozumiem jego treść oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.

☐ **Oświadczenie o aktualizacji danych**

Oświadczam, że o wszelkich zmianach w wyżej podanych informacjach niezwłocznie poinformuję dyrekcję ośrodka.

☐ **Zgoda na kontakt elektroniczny**

Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny, SMS oraz mailowy ze strony NPPP Fizjogo w sprawach organizacyjnych i dotyczących terapii dziecka.

☐ **Potwierdzenie informacji o możliwości cofnięcia zgód**

Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a o prawie do cofnięcia udzielonych zgód w dowolnym momencie, przy czym cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej cofnięciem.

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego: Data:

....

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO WNIOSKU O OBJĘCIE WWR

ZGODY I OŚWIADCZENIA - NIEOBOWIĄZKOWE

DOKUMENT UZUPEŁNIANY PRZEZ RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Każdą zgodę można wyrazić lub odmówić jej wyrażenia niezależnie. Odmowa nie wpływa na realizację zajęć, poza sytuacją, w której dane działanie wymaga zgody do jego wykonania.

Zgoda na udzielenie pierwszej pomocy

☐ WYRAŻAM ZGODĘ ☐ NIE WYRAŻAM ZGODY

Wyrażam zgodę na udzielenie dziecku niezbędnej pierwszej pomocy przedmedycznej w sytuacjach nagłych.

Zgoda na dokumentowanie postępów w formie nagrań audio / wideo lub fotografii

☐ WYRAŻAM ZGODĘ ☐ NIE WYRAŻAM ZGODY

Wyrażam zgodę na sporządzanie dokumentacji terapeutycznej w postaci nagrań audio/wideo lub fotografii wykorzystywanych wyłącznie do celów diagnostycznych i terapeutycznych.

Zgoda na współpracę z innymi placówkami i podmiotami

☐ WYRAŻAM ZGODĘ ☐ NIE WYRAŻAM ZGODY

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na nawiązanie współpracy przez terapeutów prowadzących zajęcia z moim dzieckiem w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju w Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Fizjogo z:

- przedszkolem, inną formą wychowania przedszkolnego lub szkołą, do której uczęszcza dziecko,
- innymi podmiotami, w których dziecko jest objęte oddziaływaniami terapeutycznymi, w celu zapewnienia spójności działań wspomagających jego rozwój,
- podmiotami leczniczymi, w celu diagnozy potrzeb dziecka, zapewnienia wsparcia medycznego i rehabilitacyjnego oraz uzyskiwania zaleceń dotyczących wspomagania rozwoju,
- ośrodkami pomocy społecznej, w celu zapewnienia dziecku i jego rodzinie wsparcia adekwatnego do ich potrzeb.

Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a o prawie do cofnięcia udzielonych zgód w dowolnym momencie, przy czym cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej cofnięciem.

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego: Data:

....

Cofnięcie zgody (wypełnia rodzic / opiekun prawny)

Niniejszym cofam zgodę na	
Zakres cofnięcia	
Data od której cofnięcie obowiązuje	
Uwagi	

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego: Data:

....

Imię i nazwisko dziecka: ……..…… Teczka WWR nr:.....

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO WNIOSKU O OBJĘCIE WWR

UPOWAŻNIENIA DO PRZEPROWADZANIA, ODBIORU I UZYSKIWANIA INFORMACJI

DOKUMENT UZUPEŁNIANY PRZEZ RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Upoważniam następujące osoby do przyprowadzania i odbierania mojego dziecka na zajęcia w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju w Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Fizjogo w Tychach oraz do sprawowania nad nim opieki w czasie dojazdu do Poradni i po zakończeniu zajęć:

Lp.	Imię i nazwisko	Numer dokumentu tożsamości	Upoważnienie obowiązuje do odwołania od dnia:
1			
2			
3			
4			

Jednocześnie upoważniam wskazane wyżej osoby do uzyskiwania informacji dotyczących mojego dziecka, w szczególności związanych z jego terapią, organizacją zajęć oraz innymi istotnymi sprawami dotyczącymi procesu terapeutycznego.

Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka w czasie przekazania go osobom upoważnionym oraz po jego odebraniu z Poradni. Przyjmuję do wiadomości, że Niepubliczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna „Fizjogo” nie ponosi odpowiedzialności za dziecko od momentu jego przekazania osobie upoważnionej.

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego: Data:

....

Cofnięcie upoważnienia

Niniejszym cofam udzielone wcześniej upoważnienie dla następujących osób:

Lp.	Imię i nazwisko	Data:
1		
2		
3		
4		

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego: Data:

....

ZAŁĄCZNIK NR 4 DO WNIOSKU O OBJĘCIE WWR

WYWIAD Z RODZICEM / OPIEKUNEM PRAWNYM
KARTA DODATKOWYCH INFORMACJI O DZIECKU I RODZINIE

DOKUMENT UZUPEŁNIANY PRZEZ RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Informacje służą przygotowaniu konsultacji i planowaniu wsparcia. Formularz obejmuje dzieci od urodzenia do 7 lat. Nie jest testem diagnostycznym.

Zaznacz odpowiedź. ? = nie wiem / nie pamiętam; ND = nie dotyczy wieku lub sytuacji. W pytaniach o umiejętności „jeszcze nie" nie oznacza samo w sobie trudności. Jeśli dziecko nie miało okazji spróbować, wpisz to w uwagach. Przy pytaniach o kilka trudności zaznacz „tak", gdy występuje choć jedna, i wskaż którą.

Odpowiadaj o stanie obecnym, chyba że pytanie dotyczy historii. W uwagach podaj krótko: co, od kiedy / w jakim wieku, jak często lub co pomaga. Trudne tematy możesz omówić osobiście.

Dane dziecka i powód zgłoszenia

Imię i nazwisko dziecka	
Data urodzenia	

Data wypełnienie	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej	
Stopień pokrewieństwa	

Co Państwa niepokoi i przez kogo po raz pierwszy zauważono trudności?	
Co dziecko lubi i co dobrze mu wychodzi? Z czego są Państwo szczególnie zadowoleni?	

Imię i nazwisko dziecka: ……..…… Teczka WWR nr:.....

1. Rodzina

Pytanie lub zakres informacji	Odpowiedź	Krótkie uwagi
Z kim dziecko mieszka? Kto opiekuje się nim na co dzień?		
Czy dziecko ma rodzeństwo?	☐ tak ☐ nie	Wiek / relacje:
Języki używane z dzieckiem — jakie, od kiedy i z kim?		
Czy ma kontakt z rówieśnikami poza placówką?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Jak często:
Czy wystąpiły ważne zmiany, rozłąki lub trudne wydarzenia w rodzinie?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Co / kiedy:
Czy w rodzinie występują podobne trudności rozwojowe lub istotne rozpoznania?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	☐ nie posiadam takich informacji

2. Ciąża poród i pierwsze miesiące

Pytanie lub zakres informacji	Odpowiedź	Krótkie uwagi
Czy w ciąży wystąpiły powikłania, choroby, infekcje, leczenie lub hospitalizacje?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Jakie:
Czy ciąża była mnoga?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	
Tydzień ciąży przy porodzie	Tydzień: ……	
Sposób porodu	☐ naturalny ☐ próżnociąg / kleszcze	☐ CC planowane ☐ CC nagłe ☐ inne
Czy poród przebiegał z komplikacjami?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Jakie:
Masa urodzeniowa i punktacja Apgar	Masa: …… g	Apgar:
Czy dziecko wymagało pomocy w oddychaniu, resuscytacji, inkubatora lub intensywnej opieki?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Powód / czas:
Czy wystąpiła żółtaczka noworodkowa?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	☐ bez leczenia ☐ fototerapia ☐ inne
Najwyższe odnotowane stężenie bilirubiny — jeśli dostępne w dokumentacji	Wynik: …… ☐ mg/dl ☐ µmol/l	Godzina / doba życia: ☐ brak danych
Czy żółtaczka wymagała przedłużenia pobytu w szpitalu lub ponownego przyjęcia?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Czas trwania żółtaczki:

Czy po porodzie odbył się kontakt skóra do skóry?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	
Czy oddzielono dziecko od matki po porodzie?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Powód / czas:
Czy w pierwszych miesiącach wystąpiła dłuższa rozłąka z opiekunem lub pobyt w szpitalu bez jego stałej obecności?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Kiedy / jak długo:
Czy w pierwszych miesiącach występowały trudności ze snem, nasilony płacz, kolki lub trudność w uspokojeniu?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Co pomagało:

3. Zdrowie

Pytanie lub zakres informacji	**Odpowiedź**	**Krótkie uwagi**
Czy dziecko ma potwierdzone rozpoznania lub jest w trakcie diagnostyki?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Rozpoznanie / podejrzenie:
Czy przebyło istotne choroby, urazy, operacje lub hospitalizacje?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Co / kiedy:
Czy występują napady, omdlenia, brak kontaktu, duszności lub inne stany wymagające szczególnego postępowania?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Zalecenia:
Czy przyjmuje leki, ma alergie lub ograniczenia aktywności?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Jakie:
Czy badano słuch, w tym po urodzeniu?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Kiedy / wynik:
Czy badanie słuchu wymagało powtórzenia?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Powód:
Czy były dodatkowe badania oprócz szpitalnego?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Powód:
Czy jest pod opieką laryngologa lub audiologa?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Powód
Czy występują problemy uszu lub dziecko używa aparatu słuchowego albo implantu?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Jakie:
Czy dziecko miało badany wzrok?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Kiedy / wynik:

Czy ma trudności wzrokowe lub używa okularów?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Jakie:
Czy odczuwa ból lub szybko się męczy?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Gdzie / kiedy / sygnały:

4. Sen i codzienna samodzielność

Pytanie lub zakres informacji	Odpowiedź	Krótkie uwagi
Czy obecnie występują trudności z zasypianiem, wybudzenia lub niewyspanie?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Godziny snu / drzemki:
Czy chrapie, oddycha przez usta lub obserwują Państwo przerwy w oddychaniu podczas snu?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Co / konsultacje:
Czy sygnalizuje głód, pragnienie, zmęczenie i potrzeby toaletowe?	☐ tak ☐ częściowo ☐ nie ☐ ND ☐ ?	W jaki sposób:
Czy potrzebuje pomocy przy ubieraniu, myciu, zębach lub toalecie?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Przy czym:
Czy występują zaparcia, wstrzymywanie stolca lub inne trudności toaletowe?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Jakie:

5. Karmienie dawniej i jedzenie obecnie

Pytanie lub zakres informacji	Odpowiedź	Krótkie uwagi
Sposób i czas karmienia w niemowlęctwie	☐ pierś ☐ butelka ☐ sonda / gastrostomia	Jak długo, jaka forma? …… …… ……
Czy występowały trudności z przystawieniem lub ssaniem, krztuszenie, refluks albo niechęć do karmienia?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Co / do kiedy:
Czy dziecko prawidłowo przybierało na wadze?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Kiedy:
Rozpoczęcie rozszerzania diety	Wiek: …… m. ☐ jeszcze nie ☐ ?	
Czy były wskazania lekarskie do wcześniejszego rozszerzania diety?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	

Czy występowały trudności z jedzeniem, łyżeczką, grudkami lub kawałkami?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Dawniej / teraz:
Czy dziecko je z otwartą buzią?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Pokarm / naczynie:
Czy podczas jedzenia lub picia kaszle, krztusi się?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Przy czym / jak często:
Czy odmawia jedzenia określonych pokarmów lub konsystencji?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Co je / czas posiłku:
Jak długo trwa posiłek?	Czas: ……..	
Czy oceniane było wędzidełko?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Kiedy?
Czy dziecko odbyło konsultacje u ortodonty?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	
Czy je samodzielnie?	☐ tak ☐ częściowo ☐ nie ☐ ND ☐ ?	Pomoc / sposób:
Czy dziecko używa / używało smoczka?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Jak długo? Jak często?
Czy dziecko ssie palec, gryzie przedmioty lub mocno się ślini?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	
Czy konsultowano lub leczono wędzidełko, zgryz albo inne trudności jamy ustnej?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Co / kiedy:

6. Rytm dnia

Pytanie lub zakres informacji	**Odpowiedź**	**Krótkie uwagi**
Czy codziennie ma czas na swobodną zabawę, ruch i odpoczynek?	☐ tak ☐ nie ☐ ?	Zabawa / ruch / zajęcia:
Czy korzysta z ekranów? (np. telewizor, tablet, smartphone)	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Od kiedy / min dziennie:
Czy ekran towarzyszy jedzeniu lub zasypianiu?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Treści / z kim ogląda:

7. Etapy rozwoju

Zaznacz stan umiejętności. Jeśli pamiętasz wiek dziecka kiedy zdobyło daną umiejętność, podaj wiek w miesiącach, może być przybliżony. Przy dwóch umiejętnościach wpisz wiek każdej osobno lub zaznacz, której dotyczy odpowiedź. „?" oznacza nie wiem / nie pamiętam. Jeśli etap nie wystąpił lub dziecko nie próbowało czynności, wpisz to w uwagach.

Umiejętność	Odpowiedź	Wiek i krótkie uwagi
Uśmiech społeczny	☐ osiągnięte ☐ jeszcze nie ☐ ?	
Utrzymywanie głowy	☐ osiągnięte ☐ jeszcze nie ☐ ?	
Obroty z pleców na brzuch i z brzucha na plecy	☐ osiągnięte ☐ jeszcze nie ☐ ?	
Przemieszczanie na brzuchu i raczkowanie	☐ osiągnięte ☐ jeszcze nie ☐ ?	
Samodzielne przejście do siadu i siad bez podparcia	☐ osiągnięte ☐ jeszcze nie ☐ ?	
Wstawanie przy podparciu i chodzenie przy meblach	☐ osiągnięte ☐ jeszcze nie ☐ ?	
Samodzielne chodzenie	☐ osiągnięte ☐ jeszcze nie ☐ ?	
Bieganie i skakanie obunóż	☐ osiągnięte ☐ jeszcze nie ☐ ?	
Głużenie i gaworzenie sylabami	☐ osiągnięte ☐ jeszcze nie ☐ ?	
Gesty pa pa i wskazywanie palcem	☐ osiągnięte ☐ jeszcze nie ☐ ?	
Pierwsze słowa ze znaczeniem	☐ osiągnięte ☐ jeszcze nie ☐ ?	
Łączenie słów i budowanie zdań (np. mama am)	☐ osiągnięte ☐ jeszcze nie ☐ ?	

8. Historia trudności rozwojowych

Pytanie lub zakres informacji	Odpowiedź	Krótkie uwagi
Czy w niemowlęctwie występowały asymetria, preferowanie strony, prężenie lub trudność leżenia na brzuchu?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Co / kiedy:
Czy rozpoznano trudności z napięciem mięśniowym, biodrami lub inne problemy ruchowe?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Zalecenia:
Czy dziecko utraciło wcześniej zdobyte umiejętności ruchowe, mowy, kontaktu lub samodzielności?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Jakie / kiedy / czy wróciły:

9. Ruch, sprawność i komunikacja obecnie

Przy umiejętnościach uwzględnij wiek i możliwości dziecka. Krótko wskaż czynność, której dotyczy odpowiedź.

Pytanie lub zakres informacji	Odpowiedź	Krótkie uwagi
Czy samodzielnie zmienia pozycję i przemieszcza się?	☐ tak ☐ częściowo ☐ nie ☐ ND ☐ ?	Sposób / pomoc:
Czy stale preferuje jedną stronę ciała lub jedną rękę?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Od kiedy:
Czy ma trudności z chodzeniem, bieganiem, schodami lub skokami; upada albo chodzi na palcach?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Które:
Czy unika zabaw ruchowych lub ma trudności z piłką, wspinaniem i rowerkiem?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Które:
Czy chwyta, puszcza, przekłada przedmioty i używa obu rąk razem?	☐ tak ☐ częściowo ☐ nie ☐ ND ☐ ?	
Czy ma trudności z klockami, układankami, łyżką, kredką, kartkowaniem lub nożyczkami?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Które:
Czy korzysta z ortez, wkładek lub sprzętu wspomagającego?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Jakiego:
Jak komunikuje potrzeby i odmowę?	☐ dźwięki ☐ gesty ☐ spojrzenie ☐ mowa	☐ obrazki / urządzenie Inaczej:
Czy reaguje na głos i swoje imię?	☐ tak ☐ czasami ☐ nie ☐ ND ☐ ?	
Czy rozumie słowa, pytania i polecenia bez podpowiedzi gestem?	☐ tak ☐ czasami ☐ nie ☐ ND ☐ ?	Przykład:
Czy pokazuje lub przynosi coś, aby podzielić się zainteresowaniem?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	
Czy naśladuje gesty i dźwięki?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	
Czy używa słów, zdań, rozmawia lub opowiada?	☐ tak ☐ nie ☐ jeszcze nie ☐ ?	Przykład:
Czy jego mowę rozumieją osoby spoza rodziny?	☐ tak ☐ częściowo ☐ nie ☐ ND ☐ ?	
Czy są trudności z wymową, płynnością lub głosem, powtarzanie wypowiedzi albo mówienie tylko w wybranych sytuacjach?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Co / od kiedy:

10. Reakcje sensoryczne, emocja i relacja

Pytanie lub zakres informacji	Odpowiedź	Krótkie uwagi
Czy dotyk, ubrania, mycie, paznokcie, zęby lub brudzenie rąk wywołują trudne reakcje?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Co / reakcja:
Czy dźwięki, światło, zapachy lub tłum wywołują silne reakcje albo dziecko intensywnie ich poszukuje?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Co / reakcja:
Czy unika huśtania, unoszenia lub zmian pozycji albo intensywnie ich poszukuje?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Co / reakcja:
Czy szuka mocnego nacisku, wpada na przedmioty lub trudno mu dostosować siłę?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Przykład:
Czy wkłada do ust lub zjada rzeczy niejadalne?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Co / częstość:
Czy reaguje na ból lub temperaturę w sposób, który Państwa niepokoi?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Przykład:
Czy trudno mu naśladować ruchy i zaplanować nową czynność?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Przykład:
Czy nawiązuje kontakt wzrokowy z opiekunem	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	
Czy szuka kontaktu, dzieli radość i zwraca się do opiekuna po pocieszenie?	☐ tak ☐ czasami ☐ nie ☐ ND ☐ ?	
Czy rozstanie, obce osoby lub nowe miejsca wywołują znaczne trudności?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Co pomaga:
Czy interesuje się dziećmi i dołącza do zabawy?	☐ tak ☐ czasami ☐ nie ☐ ND ☐ ?	☐ obserwuje ☐ obok ☐ wspólnie
Czy potrafi czekać na swoją kolej?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	
Czy dzieli się zabawkami?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	
Czy odmowa, niepowodzenie, zmiana planu lub przerwanie rytuału wywołują silne reakcje (np. złość, krzyk, płacz)	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Co / częstotliwość:
Czy występują nasilone lęki, wycofanie, smutek, drażliwość lub pobudzenie?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Od kiedy / gdzie:
Czy ucieka, uderza siebie lub innych, gryzie albo zachowuje się niebezpiecznie?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Co poprzedza / czas:
Czy zachowanie różni się w domu i poza nim?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	:

11. Zabawa, uwaga i uczenie się

Pytanie lub zakres informacji	Odpowiedź	Krótkie uwagi
Czy poznaje przedmioty, szuka ukrytej zabawki i sprawdza skutki swojego działania (np. próbuje, co się stanie, gdy naciśnie przycisk lub potrząśnie zabawką)?	☐ tak ☐ częściowo ☐ nie ☐ ND ☐ ?	
Czy naśladuje czynności i bawi się na niby, np. karmi misia, przewozi autkiem przedmioty?	☐ tak ☐ częściowo ☐ nie ☐ ND ☐ ?	
Czy dziecko powtarza ten sam schemat zabawy (te same czynności w tej samej kolejności) i niechętnie próbuje nowych zabaw?	☐ tak ☐ czasami ☐ nie ☐ ND ☐ ?	Powtarzane czynności:
Czy dziecku trudno utrzymać uwagę, uczyć się nowych czynności lub zastosować je w innym miejscu?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	
Czy zaobserwowałeś/aś u dziecka trudności z dopasowaniem, sortowaniem, układankami, kolorami lub położeniem?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Które:
U starszego dziecka: czy trudność sprawiają rysowanie, wzory, rymy, sylaby lub liczenie?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Które / zainteresowanie literami:

12. Placówka, wsparcie i potrzeby rodzinne

Pytanie lub zakres informacji	Odpowiedź	Krótkie uwagi
Placówka — nazwa, od kiedy, godziny pobytu	☐ brak ☐ żłobek / klub ☐ przedszkole / oddział	☐ inna
Czy adaptacja lub udział w zajęciach, posiłkach i odpoczynku sprawiają trudność?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Uwagi nauczycieli:
Czy ma opinie lub orzeczenia i pomoc w placówce?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Jakie / dostosowania:
Konsultacje i terapie dawniej oraz obecnie	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Specjaliści / kiedy / częstotliwość
Czy dotychczasowe wsparcie przynosiło poprawę?	☐ tak ☐ nie ☐ ? ☐ ND	Efekty / trudności:

Najważniejsze oczekiwane zmiany i potrzeby rodziny	

Data	Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

Imię i nazwisko dziecka: ……..…… Teczka WWR nr:.....

ZAŁĄCZNIK NR 5 DO WNIOSKU O OBJĘCIE WWR
POTWIERDZENIE OTRZYMANIA INFORMACJI ORGANIZACYJNYCH DOTYCZĄCYCH REALIZACJI WWR
DOKUMENT UZUPEŁNIANY PRZEZ RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO NA PIERWSZEJ WIZYCIE KOORDYNACYJNEJ

Niniejszy załącznik potwierdza przekazanie rodzicowi / opiekunowi prawnemu informacji organizacyjnych dotyczących realizacji zajęć wczesnego wspomagania rozwoju w NPPP Fizjogo.

☐ **Organizacja zajęć WWR**

Otrzymałem(am) informację o miejscu i formie realizacji zajęć, sposobie ustalania harmonogramu, miesięcznym wymiarze zajęć oraz zasadach informowania o zmianach organizacyjnych.

☐ **Zgłaszanie nieobecności i zmiany terminów**

Otrzymałem(am) informację o sposobie i terminie zgłaszania nieobecności dziecka, zasadach odwoływania lub zmiany terminów oraz sposobie postępowania w przypadku odwołania zajęć przez Poradnię.

☐ **Kontakt z Poradnią i Zespołem WWR**

Otrzymałem(am) informację, z kim i w jaki sposób mogę kontaktować się w sprawach dotyczących organizacji zajęć, nieobecności dziecka, konsultacji oraz realizacji WWR.

☐ **Informacje w tracie realizacji WWR, ocena postępów dziecka**

Otrzymałem(am) informację o możliwości konsultowania się z członkami zespołu WWR oraz uzyskiwania informacji dotyczących celów realizowanego wsparcia, przebiegu zajęć i postępów dziecka.

☐ **Zasady bezpieczeństwa**

Otrzymałem(am) informację o zasadach bezpieczeństwa obowiązujących podczas zajęć, sposobie postępowania w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub wypadku.

☐ **Zgłaszanie uwag, wniosków i skarg**

Otrzymałem(am) informację o sposobie zgłaszania uwag, wniosków i skarg dotyczących organizacji lub realizacji zajęć WWR oraz o osobie, do której należy je kierować.

Potwierdzam, że powyższe informacje zostały mi przekazane w sposób zrozumiały oraz że miałem(am) możliwość zadania pytań i uzyskania dodatkowych wyjaśnień.

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego: Data:

....