

## KARTA INFORMACYJNA

|   |                            |                                  |           |
|---|----------------------------|----------------------------------|-----------|
| Imię i nazwisko dziecka:  |                            |                                  |           |
| Adres zamieszkania:   |                            |                                  |           |
| Data urodzenia:   | PESEL <input type="text"/> | Data badania:                    |           |
| Telefon kontaktowy:   |                            | Adres e-mail:                    |           |
| Dziecko skierowane przez:   |                            | Numer szkoły/przedszkola/żłobka: |           |
| <i>Drodzy Rodzice, proszę udzielić poniższych informacji jak najdokładniej.<br/>Będą one pomocne w lepszym zrozumieniu Państwa dziecka. Wszystkie informacje są poufne.</i>   |                            |                                  |           |
| <b>PRZEBIEG CIĄŻY</b> (proszę podkreślić występujące objawy):<br>różyczka   grypa   infekcje wirusowe   zatrucia   opuchlizna kostek   wymioty   krwawienia   |                            |                                  |           |
| Przyjmowane lekarstwa:  |                            |                                  |           |
| <b>PRZEBIEG PORODU:</b> (prawidłowe zakreślić) poród naturalny, poród kleszczowy, cesarskie cięcie?;<br>Czas porodu - ..... godzin; Znieczulenie? .....; Czy dziecku podawano tlen? .....;<br>Czy dziecko zapłakało szybko? .....; Czy miało jakieś problemy z oddychaniem? .....;<br>Jest dzieckiem urodzonym o czasie? .....; Wcześniakiem urodzonym w ..... tygodniu o wadze ..... |                            |                                  |           |
| <b>HISTORIA ROZWOJU:</b><br>Karmione piersią/butelką, jak długo .....; Podnosiło głowę wieku .....;<br>Czworakować w wieku .....; Chodzić samodzielnie .....; Mówić .....;<br>Jeść pokarmy stałe .....; Jeść samodzielnie .....; Przeszastało korzystać z pieluch .....   |                            |                                  |           |
| <i>Proszę zaznaczyć występujące trudności lub opóźnienia:</i>   |                            |                                  |           |
|   | tak / nie                  |                                  | tak / nie |
| mowa  |                            | domagało się dużej uwagi         |           |
| słuch   |                            | dużo płakało                     |           |
| wzrok   |                            | nie lubiło przytulania           |           |
| koordynacja rąk   |                            | nie lubiło podrzucania           |           |
|   |                            | nie lubiło podskoków             |           |
| koordynacja nóg   |                            | nieśmiałe                        |           |
|   |                            | bojaźliwe                        |           |
| <b>HISTORIA SNU:</b><br>Spało dobrze .....; Było kapryśne .....; Niepokojne .....; Łatwo się relaksowało i zasypiało.....; Jako małe dziecko było bardzo aktywne .....; mało aktywne .....  |                            |                                  |           |
| <b>HISTORIA ZABAWY:</b><br>Bawiło się samo .....; Z innymi .....; Twórczo .....; Współpracująco .....;<br><i>Proszę opisać krótko ulubione formy zabawy i zabawki :</i><br>.....<br>.....<br>.....<br>.....   |                            |                                  |           |
| Czy dziecko jeździ na: hulajnodze trójkołowej, hulajnodze dwukołowej, rowerku czterokołowym, rowerze dwukołowym?( <i>proszę zakreślić odpowiedź</i> )   |                            |                                  |           |
| Czy długo uczyło się jeździć na rowerze? .....  |                            |                                  |           |

Rok szkolny ...../.....

**Czy ma rodzeństwo? (wiek)** .....

Czy Państwa dziecko ma poniższe trudności? Proszę zakreślić i ewentualnie skomentować na końcu:

Lęk przed wodą ....., ludźmi ....., inne: .....

Padaczkę, kiedy .....

Chorobę lokomocyjną ....., zawroty głowy .....

Lubi zabawy charakterystyczne dla wesołego miasteczka (karuzele, kolejki) .....

Trudności z ssaniem, żuciem lub przełykaniem .....

Infekcje uszu .....

Problemy wzrokowe ....., nosi okulary .....

Alergie .....

Inne problemy zdrowotne .....

Przyjmuje lekarstwa ....., dlaczego .....

Czy Państwa dziecko lubi, czy nie lubi rywalizacji? .....

Proszę opisać zdolności zapamiętywania: .....

.....

Umiejętności słuchania wykonywania poleceń: .....

.....

.....

Proszę *zakreślić* wszelkie trudności występujące obecnie a *skreślić* te występujące w przeszłości:

|  |                      |                               |                                  |
|--|----------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Wzrok  | Koordinacja rąk      | Wrażliwość na dotyk           | Słuch                            |
| Mowa   | Koordinacja nóg      | Równowaga                     | Postawa                          |
| Trudności z aktywnościami na placu zabaw, w-f, gry zespołowe | Problemy z czytaniem | Problemy z pisanie (estetyka) | Problemy z pisownią (ortografia) |

Czy dziecko uczęszczało na terapię? .....

| Rodzaj terapii | Częstotliwość spotkań | Czas trwania terapii | Miejsce terapii |
|----------------|-----------------------|----------------------|-----------------|
|                |                       |                      |                 |
|                |                       |                      |                 |
|                |                       |                      |                 |

Proszę wymienić mocne strony dziecka, w aktywnościach ruchowych, szkolnych, zainteresowaniach, itp.

.....

.....

.....

.....

Rok szkolny ...../.....