

.....  
(imię i nazwisko dziecka przyjmowanego do szkoły)

Data i miejsce urodzenia dziecka ..... Pesel.....

Imię i nazwisko matki.....

Telefon ..... e-mail.....

Imię i nazwisko ojca.....

Telefon ..... e-mail.....

Adres zamieszkania dziecka :

Ul. ....

Kod..... Miejscowość..... Gmina.....

Adres zameldowania dziecka :

Ul.....

Kod..... Miejscowość..... Gmina.....

Dodatkowy kontakt tel. ....

Adres e - mail: .....

Szkoła rejonowa (według miejsca zameldowania dziecka) .....

### **INFORMACJE O DZIECKU**

***Proszę o wypełnienie krótkiej ankiety o dziecku***

Czy Państwa dziecko chodzi do przedszkola/zerówki? Jeśli tak to jakiego?

.....  
.....

Czy dziecko uczęszcza na zajęcia dodatkowe poza przedszkolem? Jeśli tak, to jakie?

.....  
.....

Jakie zdolności i predyspozycje zauważyli Państwo u swojego dziecka ?

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

Jakie programy telewizyjne, filmy, audycje radiowe najbardziej lubi Państwa dziecko?

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

Czy oglądaliście Państwo z dzieckiem ostatnio film w kinie bądź spektakl teatralny? Jaki?

.....  
.....

Czy Dziecko potrzebuje pomocy w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktów towarzyskich?

Jeśli tak, jakiego rodzaju?.....

.....  
.....

Czy dziecko korzystało z pomocy psychologa /pedagoga/ logopedy/ fizjoterapeuty/ rehabilitanta?  
Jeśli tak, to w związku z jakim problemem? .....

.....

Czy dziecko ma jakieś obowiązki w domu? Jakie?.....

.....

Czy dziecko lubi, gdy ktoś czyta mu na głos? Czy ma ulubione książki? .....

.....

Jakiego rodzaju aktywność fizyczną preferuje Państwa dziecko?.....

.....

Czy Państwa dziecko:

potrafi wyłączyć komputer?	TAK	NIE
umie zawiązać sznurowadło?	TAK	NIE
umie podać swoje imię i nazwisko?	TAK	NIE
zna swój adres i numer telefonu domowego?	TAK	NIE
umie samodzielnie się ubrać?	TAK	NIE
ma ulubionego kolegę/koleżankę	TAK	NIE
umie samodzielnie wybrać numer telefonu	TAK	NIE
potrafi jeździć na nartach	TAK	NIE
potrafi jeździć na rowerze dwukołowym	TAK	NIE
umie pływać	TAK	NIE
pisze/rysuje ręką	LEWA	PRAWA

Inne uwagi na temat Państwa dziecka, które mogą być istotne dla jego funkcjonowania  
w szkole? .....

.....

Czy dziecko cierpi na choroby przewlekłe? Jeśli tak, to czy jest pod opieką specjalisty? .....

.....

Jakie są Państwa oczekiwania wobec szkoły? .....

.....

Mysiadło, dnia .....

.....  
Podpis Rodziców