

**INFORMACJA dotycząca funkcjonowania dziecka
służąca dla celów wydania orzeczenia o niepełnosprawności**

I. DANE OSOBOWE

1. Imię i nazwisko dziecka:
2. Nr PESEL dziecka:
3. Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka:

II. AKTUALNE PROBLEMY ZDROWOTNE I DEFICYTY ROZWOJOWE DZIECKA

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

WZROST DZIECKA: cm

WAGA DZIECKA: kg

III. SYTUACJA RODZINNA DZIECKA

(właściwe zaznaczyć „x”)

- a) Skład osobowy rodziny: matka ojciec rodzeństwo: inne osoby, jakie?:
- b) Charakterystyka rodziny: rodzina pełna rodzina niepełna

IV. SYTUACJA MIESZKANIOWA RODZINY

(właściwe zaznaczyć „x”)

1) Warunki mieszkaniowe

- a) Rodzaj budynku: blok kamienica dom jednorodzinny inny:
- b) Liczba pokoi: (bez kuchni) c) Czy dziecko posiada oddzielny pokój: TAK NIE

2) Dostosowanie mieszkania do potrzeb wynikających z niepełnosprawności dziecka

Czy mieszkanie jest dostosowane do potrzeb dziecka wynikających z naruszonej sprawności?:
 TAK NIE Jeśli nie, to w jakim zakresie wymaga przystosowania?:

V. OSIĄGNIĘTY POZIOM SAMODZIELNOŚCI DZIECKA W ŻYCIU CODZIENNYM

1. ZDOLNOŚĆ DZIECKA DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI W ZAKRESIE SAMOBSŁUGI

RODZAJ CZYNNOŚCI	ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI			
	SAMODZIELNIE	KONIECZNA POMOC	DZIECKO CAŁKOWICIE UZALEŻNIONE OD INNYCH OSÓB (z uwagi na ograniczenia związane z chorobą)	DZIECKO CAŁKOWICIE UZALEŻNIONE OD INNYCH OSÓB (ze względu na wiek)
kąpiel całego ciała				
mycie włosów				
czesanie się				
higiena jamy ustnej				
inne, wskazać jakie:				

POTRZEBY FIZJOLOGICZNE	SAMODZIELNIE	KONIECZNA POMOC	DZIECKO CAŁKOWICIE UZALEŻNIONE OD INNYCH OSÓB (z uwagi na ograniczenia związane z chorobą)	DZIECKO CAŁKOWICIE UZALEŻNIONE OD INNYCH OSÓB (ze względu na wiek)
korzystanie z toalety				
kontrolowanie moczu/stolca				
inne, wskazać jakie:				
UBIERANIE SIĘ I ROZBIERANIE	SAMODZIELNIE	KONIECZNA POMOC	DZIECKO CAŁKOWICIE UZALEŻNIONE OD INNYCH OSÓB (z uwagi na ograniczenia związane z chorobą)	DZIECKO CAŁKOWICIE UZALEŻNIONE OD INNYCH OSÓB (ze względu na wiek)
nałożenie ubrań				
zdejście ubrań				
zapinanie guzików				
zakładanie i sznurowanie butów				
inne, wskazać jakie.....				
SPOŻYWANIE POSILKÓW	SAMODZIELNIE	KONIECZNA POMOC	DZIECKO CAŁKOWICIE UZALEŻNIONE OD INNYCH OSÓB (z uwagi na ograniczenia związane z chorobą)	DZIECKO CAŁKOWICIE UZALEŻNIONE OD INNYCH OSÓB (ze względu na wiek)
posługiwanie się sztućcami				
sięganie po jedzenie				
wkładanie pokarmu do ust				
stosowanie zmodyfikowanej diety				
inne, wskazać jakie.....				

2. ZDOLNOŚĆ DZIECKA DO PRZEMIESZCZANIA SIĘ

RODZAJ CZYNNOŚCI	ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI			
Określenie samodzielności i zależności dziecka od innych w przemieszczaniu się	SAMODZIELNIE	KONIECZNA POMOC	DZIECKO CAŁKOWICIE UZALEŻNIONE OD INNYCH OSÓB	DZIECKO CAŁKOWICIE UZALEŻNIONE OD INNYCH OSÓB (ze względu na wiek)
zmiana pozycji ciała dziecka				
siadanie				
poruszanie się po powierzchniach płaskich				
wchodzenie i schodzenie dziecka po schodach				
poruszanie się poza miejsce zamieszkania				
inne, wskazać jakie.....				
SPOSÓB PORUSZANIA SIĘ:				
<input type="checkbox"/> CAŁKOWICIE SAMODZIELNIE <input type="checkbox"/> Z POMOCĄ, np. kul, przy asekuracji <input type="checkbox"/> NA WÓZKU INWALIDZKIM <input type="checkbox"/> NIESAMODZIELNIE/DZIECKO JEST OSOBA LEŻĄCĄ <input type="checkbox"/> NIESAMODZIELNIE/Z UWAGI NA WIEK				

VI. ROZWÓJ RUCHOWY DZIECKA

(właściwe zaznaczyć „x”)

RODZAJ CZYNNOŚCI		ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI		
Określenie zdolności dziecka w zakresie ruchu		PEŁNA	OGRANICZONA	NIE DOTYCZY (ze względu na wiek)
MOTORYKA DUŻA (aktywność ruchowa dziecka)	chodzenie			
	bieganie			
	skakanie			
	czołganie się			
	jazda na rowerze			
	pływanie			
	inne, jakie:			
MOTORYKA MAŁA (sprawność dłoni i palców)	rysowanie			
	malowanie			
	pisanie			
	wycinanie			
	czynności manualne, np.: ugniatanie czegoś w dłoni, rzeźbienie			

VII. ZDOLNOŚĆ DZIECKA W ZAKRESIE KOMUNIKOWANIA SIĘ Z OTOCZENIEM

(właściwe zaznaczyć „x”)

RODZAJ CZYNNOŚCI	ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI	
	PEŁNA/Y	OGRANICZENIA <i>(jeżeli tak, to na czym one polegają?)</i>
zdolność do słyszenia	 <input type="checkbox"/> dziecko korzysta z aparatu słuchowego
zdolność do widzenia	 <input type="checkbox"/> dziecko korzysta z okularów/soczewek
zdolność do artykulacji i rozumienia mowy (kontakt słowny)	<input type="checkbox"/> dziecko mówi wyraźnie <input type="checkbox"/> dziecko mówi poprawnie <input type="checkbox"/> dziecko nie mówi, z uwagi na wiek	<input type="checkbox"/> brak kontaktu słownego <input type="checkbox"/> brak kontaktu słownego, ale zna język migowy <input type="checkbox"/> dziecko porozumiewa się gestem <input type="checkbox"/> dziecko ma ubogie słownictwo <input type="checkbox"/> dziecko ma trudności w wysłuchiwanie i zapamiętywaniu poleceń <input type="checkbox"/> dziecko ma trudności w zapamiętywaniu wierszy, piosenek, wyliczanek <input type="checkbox"/> dziecko mówi niezrozumiale <input type="checkbox"/> dziecko mówi niewyraźnie (jąka się) <input type="checkbox"/> dziecko szybko się męczy przy słuchaniu np. bajek, opowiadań,

1. Etap edukacyjny dziecka i sposób jego realizacji	
Dziecko uczęszcza do:	<input type="checkbox"/> żłobka
	<input type="checkbox"/> przedszkola ogólnodostępnego <input type="checkbox"/> przedszkola integracyjnego <input type="checkbox"/> przedszkola specjalnego <input type="checkbox"/> innego, jakiego?
	<input type="checkbox"/> szkoły ogólnodostępnej <input type="checkbox"/> szkoły/klasę integracyjnej <input type="checkbox"/> szkoły specjalnej <input type="checkbox"/> innej, jakiej?:
	<input type="checkbox"/> nie uczęszcza do placówek oświatowych
Rodzaj szkoły i klasy:	<input type="checkbox"/> szkoła podstawowa <input type="checkbox"/> liceum <input type="checkbox"/> technikum <input type="checkbox"/> szkoła branżowa (I, II stopnia) <input type="checkbox"/> inna, jaka?:
Czy dziecko było/jest objęte nauczaniem indywidualnym?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY (ze względu na wiek) Jeśli tak, od kiedy?
2. Postawa dziecka wobec szkoły	
Czy dziecko chętnie chodzi do szkoły?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY (ze względu na wiek) Jeśli nie, to dlaczego?
3. Rodzaj trudności w nauce?	
Które przedmioty sprawiają największą trudność, a które realizuje z łatwością?
Czy u dziecka występują trudności w nauce czytania, liczenia i pisania?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY (ze względu na wiek) Jeśli tak, to jakie?
Czy dziecko wymaga pomocy w odrabianiu lekcji?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY (ze względu na wiek) Jeśli tak, to w czym?
Czy dziecko uczestniczy w zajęciach wychowania fizycznego?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY (ze względu na wiek) Jeśli nie, to dlaczego?

IX. KOMPETENCJE SPOŁECZNE, RELACJE Z RÓWIEŚNIKAMI ORAZ TRUDNOŚCI WYCHOWAWCZE W FUNKCJONOWANIU DZIECKA (właściwe zaznaczyć „x”)

Kompetencje społeczne, relacje z rówieśnikami, trudności wychowawcze	
1. Czy dziecko radzi sobie w trudnych sytuacjach?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY Jeśli nie, to dlaczego?
2. Czy dziecko nawiązuje kontakty społeczne?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY Jeśli nie, to dlaczego?

3. Czy dziecko ma kolegów, koleżanki?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY Jeśli nie, to dlaczego?
4. Czy dziecko sprawia trudności wychowawcze w domu?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY Jeśli tak, to jakie?
5. Czy dziecko sprawia trudności wychowawcze w przedszkolu/szkole?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY Jeśli tak, to jakie?

X. ZAKRES WSPARCIA DZIECKA W PROCESIE JEGO LECZENIA, REHABILITACJI I EDUKACJI (właściwie zaznaczyć „x”)

Rodzaj wsparcia dziecka w procesie leczenia	Jeśli dziecko korzystało - to z jakich i jak często?
Rodzaj i częstotliwość wizyt lekarskich?	
Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych w ciągu dnia?	
Rodzaj wsparcia dziecka w procesie rehabilitacji	Jeśli dziecko korzystało - to jak często i gdzie? (ile razy w tygodniu i ile godzin)
<input type="checkbox"/> rehabilitacja usprawniająca	
<input type="checkbox"/> gimnastyka korekcyjna	
<input type="checkbox"/> terapia psychologiczna	
<input type="checkbox"/> terapia pedagogiczna	
Rodzaj wsparcia dziecka w procesie edukacji	Jeśli dziecko korzystało - to kiedy i jak długo?
<input type="checkbox"/> wczesne wspomaganie rozwoju	
<input type="checkbox"/> zajęcia dydaktyczno - wyrównawcze	
<input type="checkbox"/> zajęcia korekcyjno - kompensacyjne	
<input type="checkbox"/> zajęcia logopedyczne	
<input type="checkbox"/> zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno – społeczne	
<input type="checkbox"/> zajęcia rozwijające uzdolnienia	
<input type="checkbox"/> zajęcia rozwijające umiejętności uczenia się	
<input type="checkbox"/> opieka ze strony psychologa	
<input type="checkbox"/> opieka ze strony pedagoga	

XI. DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka)