**Dotazník o dítěti**

Tento stručný dotazník prosím vyplňte (označte odpověď). Tyto informace nám budou nápomocny pro přidělení vhodného pedagogického pracovníka či asistenta pro Vaše dítě a nebudou zveřejněny ani poskytnuty třetí straně.

**Jméno a příjmení dítěte:** …………………………………………………………………………….

Adresa trvalého pobytu: …………………………....................…………………………………………………..

Jméno a příjmení zákonného zástupce: ……………………………………………………………………………..

email zákonného zástupce: ……………………………………………………………………………..

Druh handicapu: ……………………………………………………………………………………………………………………………

Přiznaný stupeň závislosti (péče): I. [ ]  II.[ ]  III.[ ]  IV.[ ]

Věk: ……………………… chlapec [ ]  dívka [ ]

Dítě je mobilní (zvládá chůzi po schodech) ANO [ ]  NE [ ]

Má omezení v pohybu (delší chůze, běh…) ANO [ ]  NE [ ]

 Pokud ANO, popište jaké: .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Komunikuje verbálně (slovem) ANO [ ]  NE [ ]

Komunikuje jinou formou AKK (Augmentativní a alternativní komunikace)

ANO [ ]  NE [ ]

Pokud Ano, popište prosím jak:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Rozumí jednoduchým pokynům ANO [ ]  NE [ ]

Respektuje jednoduché pokyny ANO [ ]  NE [ ]

Používá WC samostatně ANO [ ]  NE [ ]

Používá pleny (případně na noc) ANO [ ]  NE [ ]

Samostatně se nají ANO [ ]  NE [ ]

Má omezení jídelníčku ANO [ ]  NE [ ]

Samostatně se obleče ANO [ ]  NE [ ]

Potřebuje plnou dopomoc s oblékáním ANO [ ]  NE [ ]

Má problémy se spánkem (nespí, často se budí) ANO [ ]  NE [ ]

Vyskytují se časté afekty (více než 3x denně) ANO [ ]  NE [ ]

 Pokud ano popište, jak se dítě projevuje: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dochází k sebepoškozování? ANO [ ]  NE [ ]

Zvládne přítomnost skupinky dětí (2-3) ANO [ ]  NE [ ]

**Co nemá rád/a?** Stručně popište situace, které by mohly vést k afektům:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Co má rád/a?** Popište stručně oblíbené činnosti, hračky, předměty apod.:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….



*Děkujeme za spolupráci*

Všechny získané osobní informace slouží pouze k pouze v návaznosti na poskytování sociální služby a je s nimi zacházeno dle vnitřních předpisů spolku ITY z.s.