**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

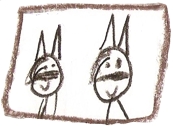
Zvládne přítomnost skupinky dětí (2-3) ANO  NE

**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.