



data.....

WYWIAD DO KWALIFIKACJI NA ZAJĘCIA

.....
imię i nazwisko

.....
data urodzenia

Informacje istotne – rodzina, zdrowotne (rodzeństwo, niepełnosprawność sprzężona, choroby współistniejące):

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

Czy dziecko wie o swojej diagnozie?.....

Funkcjonowanie społeczne:

1. Czy ma przyjaciół/znajomych, czy wita się z nimi, pozdrawia ich, jak okazuje, że kogoś lubi?

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

2. Czy potrafi prosić o pomoc, kiedy jej potrzebuje, aby ukończyć jakieś zadanie?

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

3. Czy czeka na swoją kolej podczas pracy w grupie?

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

4. Czy radzi sobie z pominięciem, odsunięciem od jakiejś aktywności, przegraną, odmową bez utraty kontroli i okazywania niezadowolenia?

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

Komunikacja:

1. W jaki sposób się komunikuje?

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

2. Jakie są formy wypowiedzi: pojedyncze słowa, zwroty, zdania proste, złożone, pytania, narracja?

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

3. Czy rozumie komunikaty proste czy złożone, czy w kontekście sytuacyjnym, czy poparte gestem lub bez, czy ze wsparciem wizualnym lub bez?

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

4. Czy potrafi prowadzić dialog: inicjowanie, podtrzymywanie, kończenie rozmowy, naprzemiennosc, podejmowane tematy?

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

5. Jak wygląda komunikacja pozawerbalna: używanie gestów, mimika, kontakt wzrokowy?

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

Alternatywne sposoby komunikowania się:

1. Jaki jest używany system: gesty, PCS, Mówik, książki do komunikacji? W jakich sytuacjach i środowiskach ich używa?

.....
.....

Radzenie sobie z emocjami:

1. W jaki sposób wyraża emocje: złość, strach, radość, smutek? Czy rozumie co czuje?

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

2. Czy łatwo można rozpoznać co czuje?

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

3. Czy potrafi rozpoznać i nazwać podstawowe emocje u siebie? U innych osób?

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

4. Co go/ją skutecznie uspokaja?

.....
.....

Zachowania trudne:

1. Czy przejawiają zachowania trudne? Jakie?

.....
.....

2. Jak często się to zdarza? Co najczęściej jest przyczyną? Jak długo trwają?

.....
.....

3. Czy zachowuje się agresywnie? Wobec siebie, innych osób, przedmiotów? Co wtedy robi?

.....
.....

4. Gdzie najczęściej dochodzi do takich zachowań?

.....
.....

Samodzielność:

1. Jak radzi sobie z czynnościami samoobsługowymi takimi jak: rozbieranie, ubieranie, mycie się, korzystanie z toalety, spożywanie posiłków, samodzielne zasypianie?

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

2. Czy pomaga w obowiązkach domowych (np. sprzątanie po własnej aktywności, odrabianie zadań, wycieranie kurzów, zamiatanie, odkurzanie, mycie podłóg, mycie, wycieranie naczyń, nakrywanie do stołu)?

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

3. W jakim zakresie jest samodzielny poza domem (korzystanie z miejsc użyteczności publicznej, zachowywanie zasad w nich panujących – restauracja, kino, teatr, biblioteka, urzędy itd., robienie zakupów, korzystanie z zegarka, operowanie pieniędzmi, korzystanie z telefonu, wizyty u rówieśników, kółka zainteresowań, wycieczki, korzystanie z transportu publicznego, korzystanie z komputera, samodzielne zostawanie w domu)?

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

Zainteresowania, czas wolny:

1. Jakie są ulubione aktywności?

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

2. Czy potrafi samodzielnie zorganizować sobie czas wolny w sposób konstruktywny?

.....
.....

3. Czy uprawia jakiś sport, jest aktywne ruchowo, i ile czasu wolnego spędza na zewnątrz, w plenerze?

.....
.....

4. Czy uczestnik lub też Państwo razem z nim korzystają z oferty kulturalnej typu koncerty, przedstawienia, itd.?

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

Informacje dodatkowe:

1. Czy dziecko ma stwierdzoną niepełnosprawność intelektualną?

TAK jaki: lekki, umiarkowany, znaczny, głęboki

NIE - Jaki jest poziom funkcjonowania intelektualnego z ostatniego badania psychologicznego? Niższy niż przeciętny, przeciętny, wyższy niż przeciętny

.....
.....

2. Czy dziecko chodzi do przedszkola / szkoły?

Jakie przedszkole / Jaka szkoła?.....

Która klasa?.....

Potrzeby uczestnika/rodziców:

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