

## 13.a Ankieta dla rodziców/opiekunów prawnych

Prosimy Państwa o wypełnienie poniższej ankiety. Chcemy uzyskać wyczerpujące informacje o sytuacji rodzinnej, zdrowotnej oraz problemach indywidualnych naszych przyszłych uczniów. Umożliwią nam one udzielenie skuteczniejszej pomocy kształcących się u nas dzieci. Przekazane nam dane traktować będziemy jako poufne. Wypełnienie ankiety jest dobrowolne.

W niektórych pytaniach należy wybrać jedną z dwóch odpowiedzi umieszczając znak „x” w ramce przy wybieranej odpowiedzi. Wybrana odpowiedź prosimy zawsze zakreślać znakiem „X”.

Imię i nazwisko kandydata: \_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_  
KLASA: .....

1. Nazwisko i imię:
- a. matki: \_\_\_\_\_
  - b. ojca: \_\_\_\_\_
  - c. opiekuna prawnego: \_\_\_\_\_

2. Adres zameldowania kandydata: .....

3. Aktualny adres zamieszkania rodziców/ opiekunów prawnych, numer telefonu:
- \_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_

4. Wykształcenie i zawód rodziców/opiekunów prawnych:
- a. matki: \_\_\_\_\_
  - b. ojca: \_\_\_\_\_
  - c. opiekuna prawnego: \_\_\_\_\_

5. Czy aktualnie rodzice/ opiekunowie prawni mają pracę?
- |                    |                          |             |                          |             |
|--------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|
| a. matka:          | <input type="checkbox"/> | <b>-TAK</b> | <input type="checkbox"/> | <b>-NIE</b> |
| b. ojciec:         | <input type="checkbox"/> | <b>-TAK</b> | <input type="checkbox"/> | <b>-NIE</b> |
| c. opiekun prawny: | <input type="checkbox"/> | <b>-TAK</b> | <input type="checkbox"/> | <b>-NIE</b> |

6. Jeżeli rodzice/ opiekunowie prawni nie mają pracy, to z czego się utrzymują?
- a. matka: \_\_\_\_\_
  - b. ojciec: \_\_\_\_\_
  - c. opiekun prawny: \_\_\_\_\_

7. Dziecko wychowuje się w rodzinie /podkreśl właściwą odpowiedź/:
- a. naturalnej, pełnej
  - b. naturalnej, niepełnej /samotny rodzic, rodzice rozwiedzeni, w separacji, jedno z rodziców nie żyje/
  - c. zastępczej
  - d. w ośrodku szkolno - wychowawczym
  - e. inna odpowiedź /jakiej?/ \_\_\_\_\_

8. Czy oboje rodzice mają pełne prawa rodzicielskie?  **-TAK**  **-NIE**
- a. w przypadku, gdy rodzice lub jedno z rodziców jest pozbawione praw rodzicielskich lub ma ograniczone prawa rodzicielskie proszę wpisać kto jest prawnym opiekunem dziecka:

9. Liczba dzieci w rodzinie:  
a. wszystkich \_\_\_\_\_  
b. na utrzymaniu rodziców \_\_\_\_\_

10. Czy rodzina kiedykolwiek korzystała z pomocy społecznej?  -TAK  -NIE

11. Czy rodzina obecnie korzysta z pomocy społecznej?  -TAK  -NIE

12. Jeśli tak, to w jakiej formie / prosimy podkreślić wszystkie, z których rodzina korzysta/

- a. zasiłek celowy
- b. zasiłek okresowy
- c. zasiłek stały
- d. pomoc rzeczowa
- e. inne formy (*prosimy wymienić*) \_\_\_\_\_

13. Jak oceniają Państwo sytuację materialną swojej rodziny ( *prosimy podkreślić*)

- a. bardzo dobra
- b. dobra
- c. przeciętna
- d. trudna
- e. bardzo trudna

14. Czy są jakieś problemy w rodzinie, które mogą utrudniać radzenie sobie dziecka w szkole?  -TAK  -NIE

Jeżeli są, to jakie? \_\_\_\_\_

15. Jak określilibyście najważniejsze cechy swojego dziecka?

Mój syn/ córka jest: \_\_\_\_\_

16. Dane dotyczące stanu zdrowia dziecka:

- a. schorzenie podstawowe: \_\_\_\_\_
- b. przebyte choroby: \_\_\_\_\_
- c. dolegliwości mogące utrudniać naukę / np. częste omdlenia/ \_\_\_\_\_

17. Czy dziecko powinno być pod stałą opieką lekarza?  -TAK  -NIE

Jeżeli tak, to jakiej specjalności? \_\_\_\_\_

18. Czy aktualnie znajduje się pod opieką jakiejś poradni specjalistycznej?  -TAK  -NIE

Jeżeli tak, to jakiej? \_\_\_\_\_

19. Czy w przeszłości korzystało z jakiejś poradni specjalistycznej/ np. Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej, Poradni Zdrowia Psychicznego, Poradni Neurologicznej, Poradni Endokrynologicznej itp./ wymień /

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. Czy dziecko jest pod stałą opieką stomatologa?  -TAK  -NIE

Data ostatniej kontroli: \_\_\_\_\_

21. Czy przyjmuje **stale** jakieś leki? (bardzo ważne)  -TAK  -NIE

Jeżeli tak, to jakie i w jakich dawkach? \_\_\_\_\_

22. Czy uczeń poddawany był leczeniu szpitalnemu?  -TAK  -NIE

Jeżeli tak, to ile razy? \_\_\_\_\_

Kiedy po raz ostatni? \_\_\_\_\_

23. Czy dziecko korzysta ze sprzętu ortopedycznego/ wózek, balkonik, kule, obuwie ortopedyczne, itp./

24. Czy kiedykolwiek przebywał na leczeniu sanatoryjnym?  -TAK  -NIE

25. Czy kiedykolwiek przebywał dłuższy czas poza domem / nie licząc pobytów w szpitalu czy sanatorium/?  -TAK  -NIE

26. Na jakie substancje/ leki, pokarmy, inne/ jest uczulony?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

27. Czy dziecko powinno stosować jakąś specjalną dietę?  -TAK  -NIE

28. Czy na co dzień potrzebuje pomocy drugiej osoby?  -TAK  -NIE

Jeżeli tak, to w jakich czynnościach? \_\_\_\_\_

29. Co jeszcze powinien wiedzieć wychowawca, aby pomóc Państwa synowi/ córce w czasie pobierania nauki w naszej placówce?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Oświadczamy, że nie zatailiśmy żadnych istotnych informacji. Zobowiązujemy się do bezzwłocznego informowania dyrektora szkoły o wszelkich istotnych zmianach.

\_\_\_\_\_  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

\_\_\_\_\_  
PODPIS RODZICA/OPIEKUNA