

## 14a. 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:

-TAK

-NIE

b. ojciec:

-TAK

-NIE

c. opiekun prawny:

-TAK

-NIE

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

\*Dopuszczono do użytku wewnętrznego szkoły dnia 11.02.2019 r.