

.....
(telefon kontaktowy do rodziców)

.....
(data)

**P O R A D N I A
PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA
ul. Żeromskiego 5
27 -400 Ostrowiec Św.**

WNIOSEK

**RODZICÓW O PRZEPROWADZENIE BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH DZIECKA
PRZEDSZKOLNEGO 3 – 5 letniego**

Proszę o przeprowadzenie badań diagnostycznych dziecka:

....., **ur.****W**
(imię i nazwisko) (data urodzenia) (miejsce urodzenia)

Zamieszkałego
(miejsce zamieszkania dziecka z **kode**m pocztowym)

PESEL.....

Uczęszczającego do Przedszkola Nr w

Z powodu

Imię i nazwisko ojca
(podpis)

Imię i nazwisko matki
(podpis)

Dodatkowe informacje (wypełnia nauczyciel - wychowawca wspólnie z rodzicami)

Zachowanie (podać jakie)

Mowa

Zasób podstawowej wiedzy i słownictwa

Ogólna sprawność ruchowa – motoryka duża

.....
.....

Motoryka mała – sprawność manualna.....

.....
.....

Umiejętność koncentrowania się na wykonywanych czynnościach

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

Środowisko rodzinne (kontakty rodziców/opiekunów z przedszkolem, stopień zaspakajania potrzeb dziecka i inne)

.....
.....

Specjalne zainteresowania i uzdolnienia dziecka

.....
.....

Stan zdrowia dziecka wg opinii rodziców.....

.....
.....

Inne przyczyny skierowania dziecka do poradni

.....
.....

.....
(podpis wychowawcy)

.....
(podpis dyrektora)

Wniosek został wypełniony z rodzicem.

.....
podpis rodzica

1. Wyrażam zgodę na konsultacje z nauczycielem, wychowawcą w sprawie mojego dziecka

Tak

Nie

.....
Podpis rodziców/Prawnych opiekunów

2. Proszę o wydanie pisemnej opinii na podstawie przeprowadzonych badań.

Tak

Nie

.....
Podpis rodziców/Prawnych opiekunów