

.....
(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 6 letniego**

Proszę o przeprowadzenie badań diagnostycznych dziecka:

....., **ur.** **W**

(imię i nazwisko)

(data urodzenia)

(miejsce urodzenia)

Zamieszkałego

(miejsce zamieszkania dziecka z **kodem** 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)

Trudności wychowawcze (podać jakie)

.....

.....

Trudności w opanowaniu materiału programowego (wymienić dominujące)

.....

.....

Rozwój funkcji myślenia.....

.....

Ogólna sprawność ruchowa – motoryka duża

.....

Motoryka mała – sprawność manualna.....

.....
.....
Lateralizacja

.....
.....
Poziom grafomotoryczny prac

.....
.....
Funkcjonowanie ogólnej percepcji wzrokowej i słuchowej.....

.....
.....
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