

.....
(telefon kontaktowy do rodziców)

.....
(data)

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

WNIOSEK
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 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)

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