

.....  
( 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 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