

TRENING UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH

Formularz kwalifikujący do zajęć

1. Imię i nazwisko dziecka:.....
2. Data urodzenia dziecka:.....
3. Wiek dziecka:.....
4. Przedszkole/ Szkoła:.....
5. Diagnoza medyczna:
.....
6. Czy dziecko jest werbalne czy niewerbalne?
7. Jeżeli dziecko jest niewerbalne czy używa komunikacji alternatywnej, jeśli tak to jakiej?
.....
8. Czy u dziecka występują stereotypie / sensoryzmy? Np. stukanie, bujanie się lub inne
.....
9. Czy dziecko korzystało w przeszłości z treningu umiejętności społecznych? Tak/ nie*
10. Czy dziecko chętnie uczestniczy w zajęciach grupowych? Tak / nie*
11. Czy Pana/Pani dziecko ma alergie na jakieś pokarmy? Jeśli tak to na jakie ?
.....
12. Na potrzeby stworzenia systemu motywacyjnego proszę napisać jakie są zainteresowania dziecka? (pociągi, zwierzęta, naklejki, tatuaże? Jakie gry i zabawy? np. berek, zabawa „w chowanego”, wyścigi? filmy, książki?)
.....
.....
.....
13. Które z poniższych zdań opisuje Pana/Pani dziecko? Proszę zaznaczyć każde, z którym się Pan/Pani zgadza.

☐ Wygląda na samotne.

☐ Ma niskie poczucie własnej wartości.

☐ Grozi lub dokucza innym.

☐ Kręci się lub jest nadmiernie ruchliwe.

☐ Nie słucha co ktoś mówi.

☐ Nie przestrzega zasad lub poleceń.

☐ Ma napady złości.

- ☐ Jest smutne lub depresyjne.
- ☐ Przeszkadza podczas zajęć.
- ☐ Zachowuje się impulsywnie.
- ☐ Gryzie lub drapie innych.
- ☐ Kłóci się z innymi.
- ☐ Gdy jest poprawiane odpowiada arogancko.
- ☐ Łatwo je zawstydzisz.
- ☐ Łatwo się złości.
- ☐ Łatwo się rozprasza.
- ☐ Czuje niepokój na myśli o byciu w grupie innych dzieci.

14. Czy Pana/Pani dziecko dodatkowo uczestniczy w jakiejś terapii? Jeśli tak to jakiego rodzaju?

.....

15. Czy Pana/Pani dziecko ma jakieś szczególne trudności? Proszę je opisać.

.....

.....

16. Czy Pana/Pani dziecko przyjmuje jakieś leki, które mogą wpływać na nastrój/samopoczucie?

17. Proszę podać dodatkowe informacje na temat dziecka, które mogą być pomocne dla trenera TUS:

.....

18. Jakie są Państwa oczekiwania względem zajęć TUS?

.....

.....

* niepotrzebne skreślić

Data i podpis rodzica/opiekuna:

Proszę dopisać:

Imię i nazwisko rodzica:

Tel.kom.: