АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

***Будем признательны Вам, если вы ответите на вопросы.***

***Информация конфиденциальна.***

Сведения о маме:

1. Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Дата рождения
3. Место работы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о папе:

1. Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Дата рождения
3. Место работы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Имя ребенка
6. Дата рождения
7. Особенности рождения и раннего развития
8. Перечислите 5 наиболее выраженных черт характера, присущих Вашему ребенку:
9. Какими ласковыми именами вы называете ребенка дома?
10. Состав вашей семьи
11. Есть ли у кого-то в семье хобби? Какое?
12. Отношения ребенка с членами семьи:
13. Кто преимущественно занимается воспитанием в семье?
14. Принципы воспитания: строгие, требование безусловного выполнения просьб и решений старших, мягкое, уговоры, исполнение желаний,
15. Наказания и поощрения (в какое форме осуществляются)
16. С кем ребенок находился до посещения д.с. «Гураня»? В каком возрасте появилась няня, если была? Посещал ли другие дошкольные учреждения?
17. Какие инфекционные заболевания и травмы перенес ваш ребенок?
18. Есть ли хронические заболевания?
19. Есть ли аллергические реакции?
20. Есть ли что-то, что вас беспокоит в эмоциональном развитии ребенка?
21. Укажите особенности режима дня Вашего ребенка. Сон ночной с по дневной с по . Как ребенок обычно засыпает и просыпается? (с трудом, легко и быстро, самостоятельно, с помощью взрослого,….) Прием пищи (сколько раз в течение дня и во сколько)? Нуждается ли ваш ребенок в помощи взрослого или кушает самостоятельно? Прогулка (сколько раз в течение дня и во сколько)
22. Посещает ли Ваш ребенок туалет самостоятельно или нуждается в помощи взрослых?
23. Какие любимые игры и занятия есть у вашего ребенка?
24. Что бы Вы хотели скорректировать в поведении ребенка?
25. Как Вы оцениваете ВНИМАНИЕ, ПАМЯТЬ, МЫШЛЕНИЕ, ВООБРАЖЕНИЕ Вашего ребенка?
26. Чем ребенок занимается с удовольствием?
27. Чем не любит заниматься?
28. Какая ситуация может оказаться трудной, стрессовой?
29. Отношение к вещам (бережное, теряет…)
30. С кем предпочитает общаться Ваш ребенок (с младшими, с ровесниками, со старшими, в одиночестве)? Есть ли трудности в общении?
31. Ведущая рука ребенка (левая/правая)
32. Укажите значимую для Вас информацию о ребенке
33. Укажите e-mail для связи

Дата заполнения анкеты: « « 20 г.

СПАСИБО ЗА СОТРУДНИЧЕСТВО