



# Опрос для начального класса (Конфиденциально)

Сотрудники школьного офиса: Пожалуйста, дайте заполненную форму учителю этого ребенка

Имя ребенка: \_\_\_\_\_  
Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Второе имя(отчество) \_\_\_\_\_

Дата рождения (месяц/число/год): \_\_\_\_\_

## Знакомство с вашим ребенком

Мой ребенок говорит на \_\_\_\_\_. Дома мы говорим на \_\_\_\_\_.  
Какий язык/языки

Мой ребенок:  левша  правша  используют обе руки для рисования/письма

У моего ребенка было дошкольное обучение:  да  нет

Опишите отношение вашего ребенка к началу обучения в начальном классе: \_\_\_\_\_

Какие личные обязанности берет на себя ваш ребенок?

- сам одевается  завязывает шнурки  застегивает молнию на куртке  просит о помощи, если нужно
- застегивает куртку на пуговицы  знает номер телефона  знает адрес  ходит в туалет сам
- отвечает на вопросы, когда спрашивают  моет руки

Вашему ребенку любит книги? \_\_\_\_\_

Как часто вы или кто-то другое читаете вашему ребенку?

- никогда  редко  2 - 3 раза в неделю  раз в день или чаще

Пожалуйста, отметьте все, что подходит к описанию вашего ребенка:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> лидер              | <input type="checkbox"/> легко мотивируется   | <input type="checkbox"/> хорошее чувство юмора                 |
| <input type="checkbox"/> тихий              | <input type="checkbox"/> кооперируется        | <input type="checkbox"/> чувствителен к другим                 |
| <input type="checkbox"/> любит учиться      | <input type="checkbox"/> боязливый            | <input type="checkbox"/> активный                              |
| <input type="checkbox"/> артистичный        | <input type="checkbox"/> легко отвлекается    | <input type="checkbox"/> хорошо играет с другими               |
| <input type="checkbox"/> счастливый         | <input type="checkbox"/> ведомый              | <input type="checkbox"/> короткий объем внимания               |
| <input type="checkbox"/> общительный        | <input type="checkbox"/> хороший самоконтроль | <input type="checkbox"/> дразнится                             |
| <input type="checkbox"/> агрессивный        | <input type="checkbox"/> любит разрушать      | <input type="checkbox"/> предпочитает, чтоб к нему не касались |
| <input type="checkbox"/> застенчивый        | <input type="checkbox"/> легко возбудимый     | <input type="checkbox"/> упорствует на сложных задачах         |
| <input type="checkbox"/> незрелый           | <input type="checkbox"/> тревожный            | <input type="checkbox"/> берет чужие вещи                      |
| <input type="checkbox"/> легко раздражается | <input type="checkbox"/> упрямый              | <input type="checkbox"/> любящий                               |

Пожалуйста, отметьте навыки, которые, по вашему мнению, уже есть у вашего ребенка:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> пишет имя   | <input type="checkbox"/> легко раскрашивает и вырезает          |
| <input type="checkbox"/> узнает цифры 0-10 вразброс  | <input type="checkbox"/> считает до 30                          |
| <input type="checkbox"/> считает до 10-ти предметов  | <input type="checkbox"/> распознает буквы алфавита вразброс     |
| <input type="checkbox"/> пересказывает знакомые истории  | <input type="checkbox"/> распознает и рисует основные фигуры    |
| <input type="checkbox"/> может сконцентрироваться на истории или занятии 5 минут   | <input type="checkbox"/> правильно держит карандаш              |
| <input type="checkbox"/> распознает и выражает чувства   | <input type="checkbox"/> принимает участие в беседе             |
| <input type="checkbox"/> ждет своей очереди  | <input type="checkbox"/> адаптируется к большей групповой среде |
| <input type="checkbox"/> рассказывает историю о другом времени/месте, включая основные детали и в порядке, который имеет смысл | <input type="checkbox"/> рифмуется слова                        |

Каковы, на ваш взгляд, интересы и сильные стороны вашего ребенка? (Пожалуйста, будьте конкретны.)

Что бы вы назвали областями для роста вашего ребенка? (Пожалуйста, будьте конкретны.)

**Индивидуальные нужды ребенка: отметьте все, что подходит**

Получал ли ваш ребенок специальные образовательные услуги через IFSP или IEP?  да  нет  
Если да, то какие услуги? \_\_\_\_\_

Есть ли у вашего ребенка проблемы со здоровьем, о которых должна знать школа? (Включая пищевую аллергию.)  да  нет  
Если да, то что? \_\_\_\_\_

Был ли развод, смерть, болезнь или другие изменения, которые могут повлиять на вашего ребенка?  да  нет  
Пожалуйста объясните: \_\_\_\_\_

Существуют ли какие-либо юридические документы или план воспитания, которые должны храниться в школе?  да  нет  
Если да, то что? \_\_\_\_\_

Имя родителя/опекуна (пожалуйста, печатными буквами)

Подпись родителя/опекуна

Дата