

## ВХОДНАЯ АНКЕТА

ФИО ребенка \_\_\_\_\_

Возраст полных \_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ месяцев Дата рождения: \_\_\_\_\_

ФИО родителей/законных представителей \_\_\_\_\_

Телефоны для связи \_\_\_\_\_

Дата формирования \_\_\_\_\_ специалист ФИО \_\_\_\_\_

*(заполняется специалистом)**(заполняется специалистом)*

## 1. Физико-моторные навыки

№	Вопросы про формирование навыков у ребенка	Входные данные навыков на момент обращения со слов родителей и представителей
		<i>Необходимо отметить подходящий вариант:</i>
1	<i>Держит голову.</i> Во сколько месяцев стал(а) держать уверенно голову лежа на животе и опираясь на локти?	<input type="checkbox"/> До 6 месяцев <input type="checkbox"/> Около 6 месяцев <input type="checkbox"/> После 6 месяцев <input type="checkbox"/> Не помню <input type="checkbox"/> Навык не сформирован
2	<i>Формирование комплекса оживления.</i> Во сколько месяцев появились улыбка, плач, испуг, другие реакции на Вас, когда Вы к нему подходили?	<input type="checkbox"/> До 6 месяцев <input type="checkbox"/> Около 6 месяцев <input type="checkbox"/> После 6 месяцев <input type="checkbox"/> Не помню
3	<i>Навык сидеть самостоятельно.</i> Когда сел(а) самостоятельно без подушек и поддержек?	<input type="checkbox"/> До 1 года <input type="checkbox"/> Около 1 года <input type="checkbox"/> После 1 года <input type="checkbox"/> Не помню <input type="checkbox"/> Навык не сформирован
4	<i>Ползание на четвереньках.</i> Пополз(ла) ли на четвереньках? Если да - то когда начал(а)?	<input type="checkbox"/> До 1 года <input type="checkbox"/> Около 1 года <input type="checkbox"/> После 1 года <input type="checkbox"/> Не помню <input type="checkbox"/> Не ползал на четвереньках <input type="checkbox"/> Навык не сформирован
5	<i>Вставание с опорой.</i> Когда стал(а) вставать с опорой (диван, за руку и т.д.)?	<input type="checkbox"/> До 1 года <input type="checkbox"/> Около 1 года <input type="checkbox"/> После 1 года <input type="checkbox"/> Не помню <input type="checkbox"/> Навык не сформирован
6	<i>Хожение с опорой.</i> Когда стал(а) ходить с опорой (диван, за руку и т.д.)?	<input type="checkbox"/> До 1,5 лет <input type="checkbox"/> Около 1,5 лет <input type="checkbox"/> После 1,5 лет <input type="checkbox"/> Не помню <input type="checkbox"/> Навык не сформирован

7	<p><i>Самостоятельная ходьба.</i> Когда пошел самостоятельно?</p>	<p><input type="checkbox"/> До 2 лет  <input type="checkbox"/> Около 2 лет  <input type="checkbox"/> После 2 лет  <input type="checkbox"/> Не помню  <input type="checkbox"/> Навык не сформирован</p>
8	<p><i>Самостоятельный бег.</i> Когда стал(а) бегать самостоятельно?</p>	<p><input type="checkbox"/> До 2 лет  <input type="checkbox"/> Около 2 лет  <input type="checkbox"/> После 2 лет  <input type="checkbox"/> Не помню  <input type="checkbox"/> Навык не сформирован</p>
9	<p><i>Самостоятельное одевание и раздевание.</i> С какой степенью самостоятельности ребенок умеет одеваться и раздеваться?</p>	<p><input type="checkbox"/> Самостоятельно одевает все предметы одежды  <input type="checkbox"/> Самостоятельно одевает часть предметов одежды, для одевания некоторых требуется помощь  <input type="checkbox"/> Может одеться самостоятельно, если сложить одежду в порядке надевания  <input type="checkbox"/> Может одеться самостоятельно, если подсказывать последовательность надевания различных предметов одежды  <input type="checkbox"/> Самостоятельно снимает часть предметов одежды, для снятия некоторых требуется помощь  <input type="checkbox"/> Самостоятельно снимает все предметы одежды  <input type="checkbox"/> Самостоятельно завязывает шнурки  <input type="checkbox"/> Самостоятельно застегивает пуговицы  <input type="checkbox"/> Самостоятельно застегивает молнии  <input type="checkbox"/> Для застегивания пуговиц, завязывания шнурков, застегивания молний требуется помощь</p>
10	<p><i>Дополнительная информация по моторным функциям и их характеристикам на сегодняшний день.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Прыгает на одной ноге  <input type="checkbox"/> Перекидывает мяч из руки в руку  <input type="checkbox"/> Катается на велосипеде  <input type="checkbox"/> Катается на самокате  <input type="checkbox"/> Часто падает  <input type="checkbox"/> Другие моторные функции: _____  _____  _____</p>
11	<p><i>Мелкая моторика.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Держит карандаш правильно  <input type="checkbox"/> Держит карандаш слабо  <input type="checkbox"/> Сильно нажимает на карандаш  <input type="checkbox"/> Раскрашивает картинку не выходя за контур  <input type="checkbox"/> Выходит за контур при раскрашивании  <input type="checkbox"/> Умеет завязывать узелки на веревке  <input type="checkbox"/> Держит ножницы правильно  <input type="checkbox"/> Держит ножницы правильно, умеет пользоваться  <input type="checkbox"/> Лепит самостоятельно  <input type="checkbox"/> Лепит по образцу  <input type="checkbox"/> Лепит «рука в руке»  <input type="checkbox"/> Умеет лепить мелкие фигурки из пластилина  <input type="checkbox"/> Другие навыки мелкой моторики _____  _____  _____</p>

## 2. Поведение. Социальная самостоятельность

№	Вопросы про формирование навыков ребенка	Входные данные навыков на момент обращения со слов родителей и представителей
1	<p><i>Поведение в социуме</i></p> <p>Наблюдается ли у ребенка серьезное нежелательное поведение?</p>	<p>ВЫБЕРИТЕ ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ СИТУАЦИИ:</p> <p><input type="checkbox"/> Продолжительный крик или плач</p> <p><input type="checkbox"/> Агрессия к себе или к другим людям: кусает, бьет, щипается, царапается, толкается и др.</p> <p><input type="checkbox"/> Ломает и разбрасывает игрушки</p> <p><input type="checkbox"/> Грызет вещи, плюётся</p> <p><input type="checkbox"/> Убегает на улице, бегаёт по помещению</p> <p>Другое: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
2	<p><i>Выполнение требований взрослых</i></p> <p>Как часто ребенок сопротивляется требованиям взрослых, прибегая к нежелательному поведению?</p>	<p><input type="checkbox"/> Несколько раз в день</p> <p><input type="checkbox"/> Почти ежедневно</p> <p><input type="checkbox"/> Один-два раза в неделю</p> <p><input type="checkbox"/> Один-два раза в месяц</p> <p><input type="checkbox"/> Реже, чем один раз в месяц</p> <p><input type="checkbox"/> Никогда</p>
3	<p><i>Социальное взаимодействие со сверстниками.</i></p> <p>Вступает ли Ваш ребенок в контакт со сверстниками?</p>	<p><input type="checkbox"/> Да, практически при каждой встрече со сверстниками</p> <p><input type="checkbox"/> Да, иногда вступает в контакт со сверстниками</p> <p><input type="checkbox"/> Самостоятельно не вступает</p> <p><input type="checkbox"/> Никогда не вступает в контакт</p>
4	<p><i>Формы аутоstimуляции.</i></p> <p>Наблюдаются ли у ребенка любые формы аутоstimуляции?</p> <p>(быстрые притопывания ногами и пальцами ног, тряска, мычание, прыжки, раскачивания, похлопывания ладонями, потряхивания руками перед глазами, застывание в позе вниз головой, скрипение зубами, мастурбация, игра с языком и слюной, облизывание и обнюхивание предметов, прикосновения к бумаге с особой фактурой, к ткани, перебирания и расслоения волокон, сжимания целлофановых пакетов, вращения колесиков, крышек и т.д.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Да</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p>ЧАСТОТА:</p> <p><input type="checkbox"/> Постоянно</p> <p><input type="checkbox"/> Время от времени</p> <p><input type="checkbox"/> Редко</p>
5	<p><i>Навязчивые идеи</i></p> <p>Отмечаются ли у ребенка навязчивые идеи? (ритуальные действия, выбор одной и той же дороги, одежды, еды и др.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Да</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p>
6	<p><i>Взаимодействие с незнакомым («чужим») окружающим пространством</i></p> <p>Часто ли ребенок передвигается (бегает, ходит) по незнакомому окружающему пространству, испытывает трудности со сосредоточением?</p>	<p>КАК ВЕДЕТ СЕБЯ, опишите: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>РЕГУЛЯРНОСТЬ:</p> <p><input type="checkbox"/> Постоянно</p> <p><input type="checkbox"/> Время от времени</p> <p><input type="checkbox"/> Изредка</p> <p><input type="checkbox"/> Никогда</p>

7	<i>Реакция на сенсорные раздражители.</i> Насколько остро ребенок реагирует на сенсорные раздражители – убегает из шумного помещения, закрывает уши или глаза?	НА ЧТО ИМЕННО РЕАГИРУЕТ, опишите: _____ _____ РЕГУЛЯРНОСТЬ: ___ Постоянно, при любом появлении сенсорного раздражителя ___ Время от времени ___ Изредка ___ Другое _____
8	<i>Сотрудничество со взрослым.</i> Часто ли ребенок отказывается сотрудничать со взрослым во время выполнения заданий или на занятиях, также не соблюдает режимные моменты в ДОУ/МОУ?	___ Несколько раз в день ___ Почти ежедневно ___ Один-два раза в неделю ___ Один-два раза в месяц ___ Реже, чем один раз в месяц ___ Никогда
9	<i>Реакция на поручения.</i> Какая ответная реакция наблюдается у ребенка на поручение (инструкции)?	Опишите реакцию _____ _____ _____
10	<i>Формирование туалетного навыка.</i> Во сколько месяцев сам стал(а) проситься на горшок или в туалет? Сформирован ли туалетный навык?	___ мес. ___ Не помню ___ Да, самостоятельно просится в туалет ___ Да, но нужно периодически спрашивать, напоминать ___ Нет, навык не сформирован
	<i>Формирование туалетного навыка.</i> Как сейчас просится в туалет?	Опишите: _____ _____ _____
11	<i>Формирование пищевого навыка.</i> Сформирован ли пищевой навык? Какие предпочтения у ребенка в еде?	___ Ребенок ест самостоятельно ___ Ребенку требуется помощь, когда он кушает ___ Больше любит мягкую пищу ___ Больше любит плотную пищу ___ Не любит кашеобразную/ киселеобразную пищу ___ Другие предпочтения _____ _____ ___ Нет никаких пищевых предпочтений

### 3. Речевое развитие

№	Вопросы про формирование навыков ребенка	Входные данные навыков на момент обращения со слов родителей и представителей
1	<i>Крик.</i> Закричал(а) после родов сразу или были задержки?	___ Закричал(а) сразу после родов ___ Закричал(а) не сразу после родов, была задержка
2	<i>Гуление.</i> Во сколько месяцев стал(а) гулить? Было ли гуление? (гласные звуки А, У, О и т.д.)	___ До 3 месяцев ___ Около 3 месяцев ___ После 3 месяцев ___ Не помню ___ Не было гуления
3	<i>Лепет.</i>	___ До 6 месяцев

	Появился ли лепет и во сколько месяцев появился лепет (слоги ба, да, га, ма и т.д.)?	<input type="checkbox"/> Около 6 месяцев <input type="checkbox"/> После 6 месяцев <input type="checkbox"/> Не помню <input type="checkbox"/> Не было лепета
4	<i>Первые слова.</i> Какой словарный запас был у ребенка к 1 году?	<input type="checkbox"/> Было меньше 5 слов <input type="checkbox"/> Было 5-8 слов <input type="checkbox"/> Было 8 слов или чуть больше <input type="checkbox"/> К году не говорил словами
5	<i>Словарный запас.</i> Говорит ли Ваш ребенок на момент обращения?	<input type="checkbox"/> Да, ребенок говорит отдельными словами <input type="checkbox"/> Да, ребенок говорит словосочетания <input type="checkbox"/> Да, ребенок говорит фразы, предложения <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нет, использует методы альтернативной коммуникации: _____ _____
6	<i>Особенности речи</i> Есть ли какие-либо особенности в речи ребенка?	<input type="checkbox"/> Эхолалия (повторение) <input type="checkbox"/> Кашеобразное говорение <input type="checkbox"/> Двухязычие (говорит не только на русском языке) <input type="checkbox"/> Другие особенности _____ _____
7	<i>Коммуникация</i> Какие способы коммуникации использует Ваш ребенок, если он не говорит?	<input type="checkbox"/> Жесты <input type="checkbox"/> Карточки <input type="checkbox"/> Письменная речь <input type="checkbox"/> Крики <input type="checkbox"/> Другой способ _____ _____ <input type="checkbox"/> Отсутствует инициатива в коммуникации
	<i>Коммуникация.</i> Использует ли речь по назначению?	<input type="checkbox"/> Да, с помощью речи обращается к другим, обозначает предметы, действия, использует в подходящей ситуации и т.п. <input type="checkbox"/> Нет
8	<i>Понимание.</i> Понимает ли ваш ребенок обращенную речь?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<b>! Внимание, если Ваш ребенок не говорит, дальше «Речевое развитие» заполнять не нужно!</b>		
9	<i>Согласованность речи</i> Если Вас беспокоит именно речь, опишите Ваши беспокойства	<input type="checkbox"/> Маленький словарный запас <input type="checkbox"/> Не использует или мало употребляет предлоги, глаголы, прилагательные, существительные <input type="checkbox"/> Допускает смысловые ошибки при употреблении предлогов, глаголов, прилагательных, существительных <input type="checkbox"/> Допускает ошибки при согласовании слов во фразе <input type="checkbox"/> Другие беспокойства _____ _____
10	<i>Связная речь</i>	<input type="checkbox"/> Умеет пересказывать маленький текст, сказку или мультяк <input type="checkbox"/> Умеет рассказывать, что сегодня делали в садике, в школе, детском центре, в течение дня

		<input type="checkbox"/> Другие ошибки в связной речи _____ <input type="checkbox"/> Нет ошибок в связной речи
11	<i>Темп речи, голос</i> У ребенка имеются запинки в речи или заикание? С какой силой, скоростью говорит ребенок?	<input type="checkbox"/> Есть запинки, заикание <input type="checkbox"/> Говорит громко <input type="checkbox"/> Говорит тихо <input type="checkbox"/> Говорит медленно <input type="checkbox"/> Говорит быстро <input type="checkbox"/> Другое _____ <input type="checkbox"/> Нет, высота, скорость и сила голоса соответствуют ситуации общения
12	<i>Праксис.</i> Нарушен ли у ребенка тонус губ, языка, щек, имеет ли место быть лишней саливация (слюни)?	<input type="checkbox"/> Есть нарушения тонуса губ, языка, щек (повышенный, пониженный, смешанный – <i>подчеркните нужное</i> ) <input type="checkbox"/> Наблюдается лишняя саливация <input type="checkbox"/> Нет таких нарушений

#### 4. Когнитивный онтогенез (развитие познавательных навыков: память, мышление, логика, восприятие, внимание)

№	Вопросы про формирование навыков ребенка	Входные данные навыков на момент обращения со слов родителей и представителей	
1	<i>Телесный и зрительный контакт с мамой.</i> С какого месяца жизни и как реагирует на прикосновения матери, отслеживает, кричит, улыбается и т.д.?	<b>КОГДА ПОЯВИЛСЯ:</b> <input type="checkbox"/> До 6 месяцев <input type="checkbox"/> Около 6 месяцев <input type="checkbox"/> После 6 месяцев <input type="checkbox"/> Не помню	<b>КАК СЕЙЧАС ПОДДЕРЖИВАЕТ:</b> <input type="checkbox"/> Отслеживает <input type="checkbox"/> Кричит <input type="checkbox"/> Улыбается <input type="checkbox"/> Другое _____
2	<i>Фиксация, взгляд.</i> С какого месяца ребенок стал(а) фиксировать взгляд на интересном предмете?	<input type="checkbox"/> До 6 месяцев <input type="checkbox"/> Около 6 месяцев <input type="checkbox"/> После 6 месяцев <input type="checkbox"/> Не помню	
3	<i>Изучение себя.</i> Находил ли одной рукой другую, сосал руки и рассматривал их?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не помню	
4	<i>Интонации.</i> С какого месяца ребенок различает интонации?	<input type="checkbox"/> До 6 месяцев <input type="checkbox"/> Около 6-12 месяцев <input type="checkbox"/> После 1 года <input type="checkbox"/> Не помню <input type="checkbox"/> Не различает интонации	
5	<i>Слежение за перемещением.</i> Во сколько месяцев Ваш ребенок следил за перемещением игрушки, тянул к ней руки, схватывал, удерживал?	<input type="checkbox"/> До 1 года <input type="checkbox"/> После 1 года <input type="checkbox"/> Не помню	
6	<i>Любимая игрушка.</i> Есть ли у Вашего ребенка любимая игрушка, если да - какая?	<input type="checkbox"/> Да. Какая? _____ <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не помню	

7	<i>Подражания движениям.</i> Во сколько месяцев стал(а) подражать движениям взрослого (похлопывает, стучит, сжимает, трясет игрушкой)?	<input type="checkbox"/> До 6 месяцев <input type="checkbox"/> После 1 года <input type="checkbox"/> Не помню	
8	<i>Различать.</i> Во сколько месяцев стал(а) различать своих – чужих?	<input type="checkbox"/> До 1 года <input type="checkbox"/> После 1 года <input type="checkbox"/> Не помню <input type="checkbox"/> Не различает	
9	<i>Контакт.</i> Умеет ли Ваш ребенок вступать в контакт: зрительный (смотрит в глаза), тактильный (касается сам и разрешает прикасаться к себе)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Смотрит в глаза <input type="checkbox"/> Отводит взгляд / Не фиксируется на человеке <input type="checkbox"/> Касается сам <input type="checkbox"/> Разрешает прикосновения <input type="checkbox"/> Любит обнимания, поглаживания	
10	<i>Ориентировка, сформированное «Я».</i> Сформирована ли ориентировка в теле (называет и показывает части тела, сформировано «Я»)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> С особенностями. Какими? _____ <input type="checkbox"/> Не могу сказать _____	
11	<i>Сенсорные эталоны и их интеграция.</i> Сформированы ли сенсорные эталоны и их интеграция (зрение, слух, тактильность, обоняние, вкусовое чувство)?	Зрение:	Слух:
		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		Обоняние:	Вкусовое чувство:
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Тактильность:	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> С особенностями. Какими? _____		
12	<i>Процесс обучения.</i> При обучении ребенок пытается угадать правильный ответ или обдумывает его (цвета, цифры, фигуры, предметы, величины, счет и т.д.)?	<input type="checkbox"/> Пытается угадать сразу после вопроса <input type="checkbox"/> Думает над ответом, если не знает — молчит <input type="checkbox"/> Думает над ответом, если не знает — пытается угадать <input type="checkbox"/> Пытается обдумать и дать ответ	
13	<i>Память.</i> Как быстро ребенок запоминает стихи, людей, события?	<input type="checkbox"/> Не запоминает <input type="checkbox"/> Запоминает сразу (как услышит, увидит) <input type="checkbox"/> Запоминает после нескольких (1-3 раза) повторений <input type="checkbox"/> Запоминает после многократных специальных повторений <input type="checkbox"/> Не могу сказать	
	<i>Память.</i> Что именно запоминает?	<input type="checkbox"/> Людей <input type="checkbox"/> Стихи <input type="checkbox"/> События	

## 5. Эмоциональный интеллект

№	Критерии навыков	Входные данные навыков на момент обращения со слов родителей и представителей
---	------------------	---

1	<i>Эмоции.</i> Какие эмоции ваш ребенок чаще всего проявляет?	<input type="checkbox"/> Радость <input type="checkbox"/> Удивление <input type="checkbox"/> Злость <input type="checkbox"/> Страх <input type="checkbox"/> Отвращение <input type="checkbox"/> Грусть
2	<i>Ролевая игровая деятельность.</i> Играет ли в сюжетно-ролевые игры с правилами, действиями по ролям?	<input type="checkbox"/> Да, играет и может сменить роль в игре <input type="checkbox"/> Да, играет, но не может сменить роль <input type="checkbox"/> Нет, не играет
3	<i>Образное мышление.</i> Сформировано ли образное мышление, например: палка вместо подозрной трубы, палка вместо пистолета?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4	<i>Друзья.</i> Есть ли у вашего ребенка друг?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6	<i>Индивидуальные особенности.</i> Противопоказания/что любит/что не любит, аллергия и т.д.?	Какие виды аллергий есть _____ _____ Что любит _____ _____ Что не любит _____ _____
7	<i>Наличие режима.</i> Есть ли у ребенка соблюдаемый стабильный режим сна, питания? Постоянное расписание дня, недели, которым он следует?	<input type="checkbox"/> Есть режим сна <input type="checkbox"/> Есть режим питания <input type="checkbox"/> Есть расписание дня <input type="checkbox"/> Есть расписание недели
8	<i>С кем проживает ребенок?</i> Ребенок постоянно проживает в одной семье или в нескольких?	<input type="checkbox"/> Ребенок живет в одной семье <input type="checkbox"/> Ребенок проживает на несколько семей  С КЕМ ПРОЖИВАЕТ: <input type="checkbox"/> Мама <input type="checkbox"/> Папа <input type="checkbox"/> Бабушка <input type="checkbox"/> Дедушка <input type="checkbox"/> Сестра <input type="checkbox"/> Брат <input type="checkbox"/> Домашнее животное <input type="checkbox"/> Другие: _____

## 6. Навыки общения

№	Критерии навыков	Входные данные навыков на момент обращения со слов родителей и представителей
1	<i>Просьба о помощи</i> Как ребенок просит о помощи, когда она ему необходима? У кого может попросить?	<input type="checkbox"/> Просит только у меня <input type="checkbox"/> Может попросить у любого человека <input type="checkbox"/> Скажет «Помоги» словами/карточкой/жестом <input type="checkbox"/> Подведет к месту, где нужна помощь <input type="checkbox"/> Не просит о помощи <input type="checkbox"/> Другое _____
2	<i>Просьба о поощрении</i> Как ребенок просит о любимой еде, игрушке, деятельности?	<input type="checkbox"/> Скажет «Дай предмет/игру» <input type="checkbox"/> Назовет предмет/игру, которые хочет получить <input type="checkbox"/> Подведет к месту, где находится желаемое <input type="checkbox"/> Не просит

		___ Другое _____
3	<i>Просьба о перерыве</i> Может ли ребенок попросить перерыв во время сложной деятельности на отдых?	___ Да ___ Нет
4	<i>Отказ</i> Как ребенок отказывается от чего-либо (игра, еда, деятельность и др.) если не хочет?	___ Словами ___ Криком ___ Молчание/игнорирование ___ Не отказывается, всегда соглашается, даже если не хочет ___ Другое _____
6	<i>Согласие</i> Как ребенок соглашается на что-либо (игра, еда, деятельность и др.) если хочет это получить?	___ Словами ___ Возмет то, что предлагают, без слов ___ Другое _____
7	<i>Ожидание</i> Как ребенок реагирует на просьбу «Подожди»?	___ Продолжает требовать желаемое ___ Может подождать не более ___ минут ___ Может ждать более 10 минут ___ Сразу проявит нежелательное поведение ___ Другое _____
8	<i>Следование визуальному расписанию</i> Как ребенок пользуется визуальным расписанием дня?	___ Полностью сам ___ Требуется небольшая помощь ___ Иногда требуется помощь и контроль ___ Требуется постоянный контроль ___ Нет визуального расписания
9	<i>Реакция на имя</i> Как ребенок реагирует на свое имя?	___ Не реагирует ___ Поворот головы/взгляд ___ Реагирует словами ___ Другое _____
10	<i>Реакция на поручение, инструкцию</i> Как ребенок реагирует на фразы «Иди сюда», «Дай это мне», «Стой», «Сядь», «Положи ... (на место)», «Принеси...», и т.д.»?	___ Не реагирует ___ Чаще не выполняет ___ Иногда выполняет, иногда нет ___ Чаще выполняет ___ Выполняет всегда ___ Выполняют только определенные инструкции. Какие? _ ___ Другое _____

### 7. Родительские ожидания от посещения ребенком занятий в нашем Центре

№	Критерии навыков, характер услуг	Желаемый/ожидаемый результат
1	<i>Помощь для себя.</i> Требуется ли Вам лично помощь (методическая, консультационная), эмоциональная поддержка специалиста?	___ Нет ___ Да. Какие виды помощи? _____
2	<i>Обратная связь.</i> Какую форму представления результатов жизни ребенка в группе Вы считаете предпочтительной?	___ Встречи группы родителей, обсуждение динамики детей, обратная связь от специалистов; 1 раз в месяц онлайн ___ Встречи группы родителей, обсуждение динамики детей, обратная связь от специалистов, эмоциональная поддержка, оптимизация детско-родительских отношений; 1 раз в неделю онлайн

3	<p><i>Запрос</i></p> <p>Каких результатов Вы ожидаете от занятий в первую очередь?</p> <p>Что Вам кажется особенно важным - какие социальные навыки взаимодействия должны появиться/быть улучшены?</p>	
4	<p><i>Специальные навыки родителя</i></p> <p>Есть ли у Вас специальная подготовка для работы с ребенком? Обучались ли Вы на каких-либо курсах, семинарах и т.п.?</p>	<p>___ Нет</p> <p>___ Да, какие? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

### 8. Информация для корректировки программы работы с ребенком

№	Вопрос	Ответ родителя или законного представителя	
1	<p>К каким профильным специалистам ребенок <u>ходил</u> и каких <u>посещает сейчас</u>? Логопеды, психологи, дефектологи, АВА-терапевты, канис-терапевты и другие специалисты.</p> <p>Сколько занятия длятся по времени, сколько раз в неделю, на протяжении какого периода времени? Если ребенок перестал посещать занятия — по какой причине? Присутствует ли родитель на занятиях? Является ли родитель участником занятий?</p>	<p>ПОСЕЩАЛ:</p> <p>___ Логопед</p> <p>___ Психолог</p> <p>___ Дефектолог</p> <p>___ АВА-терапевты</p> <p>___ Эрготерапевт</p> <p>___ Нейропсихолог</p> <p>___ Игротерапевт</p> <p>___ Другие специалисты: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>По какой причине перестал посещать: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
		<p>ПОСЕЩАЕТ:</p> <p>___ Логопед, длительность занятий ___ час ___ раз в неделю</p> <p>___ Психолог, длительность занятий ___ час ___ раз в неделю</p> <p>___ Дефектолог, длительность занятий ___ час ___ раз в неделю</p> <p>___ АВА-терапевты, длительность занятий ___ час ___ раз в неделю</p> <p>___ Эрготерапевт, длительность занятий ___ час ___ раз в неделю</p> <p>___ Нейропсихолог, длительность занятий ___ час ___ раз в неделю</p> <p>___ Игротерапевт, длительность занятий ___ час ___ раз в неделю</p> <p>___ Другие специалисты _____</p> <p>Присутствие родителя на занятиях: ___ Да ___ Нет</p> <p>Участие родителя в занятии: ___ Да ___ Нет</p>	
2	<p>Какие центры, организации ребенок посещает на данный момент и получает помощь в развитии?</p> <p>Государственные учреждения, некоммерческие организации, частные центры. Как часто, в какой форме (групповая, индивидуальная, надомная и</p>	<p>Тип организации:</p> <p>ДЕТСКИЙ САД:</p> <p>___ Нейротипичная группа</p> <p>___ Группа детей с ОВЗ</p> <p>___ Ресурсная группа</p> <p>___ Полный день</p>	

	т. д.)?	<input type="checkbox"/> Неполный день <b>ШКОЛА:</b> <input type="checkbox"/> Индивидуальное обучение <input type="checkbox"/> Групповое обучение <input type="checkbox"/> Ресурсный класс <input type="checkbox"/> Надомное обучение <b>СПЕЦИАЛЬНЫЙ ЦЕНТР</b> <input type="checkbox"/> Групповые занятия <input type="checkbox"/> Индивидуальные занятия Другое, опишите _____ _____ _____
3	Каковы наибольшие результаты? Наилучший прогресс от работы ребенка со специалистами на данный момент, с вашей точки зрения? Что вам кажется особенно удачным, ярким, полезным для ребенка и семьи в целом?	

### 9. Возможное время посещения занятий

Внимание! Для успешного формирования расписания, укажите **ВСЕ** возможные дни и временные промежутки, когда Ваш ребенок может посещать центр.

Город посещения	Самара				Новокуйбышевск
	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота
Время	10.00-12.00	10.00-12.00	10.00-12.00	10.00-12.00	10.00-12.00
	12.00-14.00	12.00-14.00	12.00-14.00	12.00-14.00	12.00-14.00
	14.00-16.00	14.00-16.00	14.00-16.00	14.00-16.00	14.00-16.00
	16.00-18.00	16.00-18.00	16.00-18.00	16.00-18.00	16.00-18.00
	18.00-20.00	18.00-20.00	18.00-20.00	18.00-20.00	18.00-20.00

### 9. Какую еще важную информацию Вы хотели бы сообщить о Вашем ребенке?

---



---



---



---



---



---

