



---

## Dotazník o dítěti

Tento stručný dotazník prosím vyplňte (označte odpověď). Tyto informace nám budou nápomocny pro práci s Vaším dítětem a nebudou zveřejněny ani poskytnuty třetí straně.

Jméno a příjmení dítěte: .....

Druh a stupeň postižení:

.....

Věk: .....

chlapec

dívka

Dítě je mobilní (zvládá chůzi po schodech)

ANO

NE

Má omezení v pohybu (delší chůze, běh...)

ANO

NE

Pokud ANO, popište jaké:

.....

.....

.....

Komunikuje verbálně (slovem)

ANO

NE

Rozumí jednoduchým pokynům

ANO

NE

Respektuje jednoduché pokyny

ANO

NE

Používá WC samostatně

ANO

NE

Používá pleny (případně na noc)

ANO

NE

Samostatně se nají

ANO

NE

Má omezení jídelníčku

ANO

NE

Samostatně se obleče

ANO

NE

Potřebuje plnou pomoc s oblékáním ANO  NE

Má problémy se spánkem (nespí, často se budí) ANO  NE

Vyskytují se časté afekty (více než 3x denně) ANO  NE

Pokud ano popište, jak se dítě projevuje:

.....

.....

.....

.....

Dochází k sebepoškozování? ANO  NE

Zvládne přítomnost skupinky dětí (2-3) ANO  NE

Stručně popište situace, které by mohly vést k afektům:

.....

.....

.....

.....

.....