



**Informacja od rodziców o specyficznych potrzebach lub zachowaniu dziecka słabowidzącego
w wieku wczesnoszkolnym:**

Imię i nazwisko dziecka.....

Kto wypełnia:

Informacje ogólne i zdrowotne

Jakie jest rozpoznanie okulistyczne dziecka?

.....

- Od kiedy występują trudności ze wzrokiem?

.....

- Czy wada jest stabilna / postępująca / zmienna?

.....

- Jak dziecko radzi sobie z widzeniem:

z bliska (czytanie, pisanie)?

.....

z daleka (tablica, znaki, twarze)?

.....

- Czy występują trudności z:

kontrastem?

oświetleniem (np. oślepianie, potrzeba silnego światła)?

.....

widzeniem w ruchu?

.....

- Czy dziecko szybko się męczy podczas pracy wzrokowej?

.....

- Czy pojawiają się bóle głowy, łzawienie, mrużenie oczu?

.....

- Czy dziecko korzysta z widzenia peryferyjnego czy centralnego?

.....

- Czy dziecko korzysta z okularów lub pomocy optycznych? Jakich?

.....

.....

- Jak często odbywają się wizyty kontrolne?

.....

- Czy występują dodatkowe trudności zdrowotne? Jeśli Tak, to jakie?

.....

.....

Percepcja wzrokowa i motoryka mała

- Jak dziecko radzi sobie z rysowaniem i kolorowaniem (czy mieści się w konturach, czy rysunki są bardzo uproszczone)?
.....
.....
- Z jakiej odległości dziecko trzyma głowę nad kartką podczas prób pisania lub rysowania?
.....
.....
- Czy dziecko mruży oczy, pochyla głowę pod dziwnym kątem lub zasłania jedno oko podczas przyglądania się przedmiotom?
.....
.....
- Jak dziecko reaguje na drobne elementy (np. klocki LEGO, puzzle, guziki) – czy potrafi je sprawnie chwycić i dopasowywać?
.....
.....

Nauka czytania i pisania

- Czy dziecko rozpoznaje litery i cyfry? Czy zdarza mu się je mylić (np. p/b, m/n)?
.....
.....
- Czy podczas śledzenia tekstu dziecko gubi linijkę lub przeskakuje wyrazy?
.....
.....
- Jak dziecko reaguje na różne wielkości czcionki i kolory tła (np. czy woli czarny druk na białym, czy może żółtym papierze)?
.....
.....
- Czy dziecko potrafi przepisać krótki wyraz z kartki leżącej obok, a czy sprawia mu trudność przepisanie czegoś z tablicy (odległość)?
.....
.....

Orientacja i bezpieczeństwo w szkole

- Jak dziecko porusza się w nowych, dużych przestrzeniach (korytarz szkolny, sala gimnastyczna)?
.....
.....
- Czy dziecko zauważa przeszkody (progi, kosze na śmieci, inne dzieci) w trakcie biegania lub zabawy?
.....
.....
- Jak dziecko radzi sobie z chodzeniem po schodach (czy szuka poręczy, czy stąpa niepewnie)?
.....
.....
- Czy dziecko zgłasza trudności z odnalezieniem swoich rzeczy w szatni lub szafce?
.....
.....

Funkcjonowanie społeczne i emocjonalne

- Czy dziecko chętnie bawi się z rówieśnikami w zabawy ruchowe (np. z piłką), czy raczej ich unika?
.....
.....
- Jak dziecko reaguje, gdy nie widzi dokładnie tego, co inne dzieci (frustracja, wycofanie, prośenie o pomoc)?
.....
.....
- Czy dziecko nawiązuje kontakt wzrokowy z rozmówcą?
.....
.....
- Czy dziecko akceptuje noszenie okularów lub zasłonki (obturation), jeśli są zalecone?
.....
.....
- Jak dziecko radzi sobie w trudnych sytuacjach wzrokowych?
.....
.....
- Czy stosuje własne sposoby (np. przybliżanie, dotykanie)?
.....
.....
- Czy korzysta bardziej ze słuchu / dotyku?
.....
- Czy prosi o pomoc? W jakich sytuacjach?
.....
.....
- Czy trudności wzrokowe wpływają na samoocenę?
.....
.....

Funkcjonowanie w domu

- Jak dziecko radzi sobie z odrabianiem lekcji?
.....
.....
- Ile czasu zajmuje mu nauka?
.....
.....
- Czy wymaga stałej pomocy?
.....
.....
- Czy korzysta z urządzeń (telefon, komputer)? W jaki sposób?
.....
.....

- Jakie warunki są potrzebne do pracy (światło, cisza)?

.....

.....

Samodzielność i codzienna rutyna

- Czy dziecko samodzielnie radzi sobie z ubieraniem się (guziki, sznurowadła, odróżnianie tyłu od przodu ubrania)?

.....

.....

- Jak wygląda spożywanie posiłków – czy dziecko widzi zawartość talerza, czy zdarza mu się coś rozlać/rozsypać przez niedowidzenie?

.....

.....

- Czy dziecko zgłasza zmęczenie lub niechęć do zadań wymagających skupienia wzroku (np. po 15-20 minutach pracy)?

.....

.....

- Objawy zmęczenia (np. bóle głowy, łzawienie):

.....

.....

- Czy dziecko pracuje wolniej niż rówieśnicy?

.....

.....

- Jak długo utrzymuje koncentrację?

.....

.....

Warunki zewnętrzne i oświetlenie

- Czy rodzice zauważyli, że dziecko lepiej funkcjonuje w jasnym świetle, czy wręcz przeciwnie – razi je słońce i mocne lampy?

.....

.....

- Czy dziecko potrafi odszukać wzrokiem rodzica na placu zabaw lub w grupie innych dzieci?

.....

.....

Mocne strony dziecka

- W czym dziecko radzi sobie najlepiej?

.....

.....

- Jakie ma zainteresowania?

.....

.....

- Co sprawia mu radość?

.....

.....

- W jakich sytuacjach odnosi sukcesy?

.....

.....

Potrzeby i oczekiwania rodzica

- Jakie trudności są najważniejsze z perspektywy rodzica?

.....

.....

- Jakiego wsparcia dziecko potrzebuje w szkole?

.....

.....

- Czy obecne wsparcie jest wystarczające?

.....

.....

- Jakie są oczekiwania wobec szkoły i specjalistów?

.....

.....

Data wypełnienia

Podpis rodzica/opiekuna prawnego