



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

**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 występuje szybka męczliwość wzrokowa? Po jakim czasie?*  
.....
- *Czy pojawiają się bóle głowy, łzawienie, mrużenie oczu?*  
.....
- *Czy dziecko korzysta z widzenia peryferyjnego czy centralnego?*  
.....
- *Czy dziecko korzysta z:(podkreślić)*  
*okularów (stałe / okresowo)?*  
*soczewek / pomocy optycznych?*  
*urządzeń elektronicznych wspierających widzenie? Jakich?*  
.....
- *Jak często odbywają się wizyty kontrolne?*  
.....
- *Czy występują dodatkowe trudności zdrowotne? Jeśli Tak, to jakie?*

.....

## Wydajność wzrokowa i obciążenie nauką

- Jak dziecko radzi sobie z czytaniem (tempo, rozumienie, zmęczenie)?  
.....  
.....
- Ile czasu dziecko poświęca na czytanie lektur lub długich tekstów w porównaniu do lat młodszych?  
.....  
.....
- Czy korzysta z materiałów dostosowanych (powiększony druk, audiobooki, TIK)?  
.....  
.....
- Jak przebiega pisanie ręczne (czytelność, tempo, wysiłek)?  
.....  
.....
- Czy potrzebuje więcej czasu na wykonanie zadań?  
☐ Tak      ☐ Nie      ☐ Czasami

*Komentarz:* .....

- .....
- Czy po powrocie ze szkoły dziecko skarży się na silne zmęczenie, łzawienie oczu lub bóle głowy?  
.....
  - Czy dziecko potrzebuje przerw regeneracyjnych (np. słuchanie muzyki, leżenie z zamkniętymi oczami) po zakończeniu lekcji?  
.....
  - Jak dziecko radzi sobie z odrabianiem lekcji przy sztucznym oświetleniu wieczorem?  
.....  
.....

## Funkcjonowanie szkolne

- Czy występują trudności w relacjach rówieśniczych?  
.....  
.....
- Czy dziecko chętnie uczestniczy w lekcjach?  
.....  
.....
- Czy zgłasza się do odpowiedzi, czy raczej unika aktywności?  
.....  
.....
- Jak funkcjonuje w pracy w grupie?  
.....  
.....

- Czy bierze udział w zajęciach dodatkowych (sport, koła zainteresowań)?  
.....  
.....
- Czy doświadcza trudności w relacjach rówieśniczych z powodu wzroku?  
.....  
.....
- Jak dziecko radzi sobie z przepisywaniem z tablicy?  
.....  
.....
- Czy ma trudności z organizacją materiałów i zeszytów?  
.....  
.....
- Jak ocenia Pani/Pan dostępność materiałów w szkole (powiększenia, kontrast, technologie)?  
.....  
.....
- Czy dziecko używa lupy, powiększalnika, tabletu, komputera?  
.....
- Czy ma dostęp do materiałów cyfrowych (PDF, audiobooki)?  
.....
- Jakie rozwiązania sprawdzają się najlepiej?  
.....  
.....
- Czy szkoła dostosowuje tempo pracy i wymagania?  
.....
- Czy dziecko korzysta z pomocy nauczyciela współorganizujące proces nauczania lub specjalistów, w tym tyflopédagoga?  
.....  
.....

### **Środowisko domowe**

- Jak wygląda organizacja nauki w domu?  
.....  
.....
- Czy dziecko wymaga wsparcia w przygotowywaniu się do zajęć lekcyjnych, testów wiedzy?  
.....  
.....
- Czy dziecko ma odpowiednie warunki oświetleniowe i ergonomiczne?  
.....  
.....

### **Czynniki osobowe**

- Jak dziecko radzi sobie emocjonalnie z trudnościami wzrokowymi?  
.....  
.....
- Czy wykazuje motywację do nauki?

- Jak reaguje na trudności i porażki?

- Jak ma mocne strony?

- Jak ma zainteresowania?

### **Samodzielność i funkcjonowanie dnia codziennego**

- Czy dziecko jest samodzielne w organizacji pracy szkolnej?

- Czy ma trudności w poruszaniu się po szkole?

- Czy wymaga wsparcia w czynnościach wymagających precyzji wzrokowej?

- Czy potrafi samodzielnie korzystać z komunikacji miejskiej / poruszać się po szkole?

### **Potrzeby i oczekiwania rodzica**

- Jakiego wsparcia obecnie najbardziej Państwo potrzebują?

- Co działa najlepiej w obecnym systemie wsparcia?

- Jakie zmiany byłyby najbardziej pomocne?

- Jakie cele są najważniejsze na najbliższy rok?..

- Jakie są oczekiwania wobec szkoły i specjalistów?

Data wypełnienia .....

Podpis rodzica/opiekuna prawnego