



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

Imię i nazwisko dziecka:

Kto wypełnia:

1. Rozwój motoryczny i orientacja w małej przestrzeni

- Jak dziecko porusza się w znanym mu domu (czy wpada na meble, czy porusza się pewnie)?
.....
.....
.....
- Czy dziecko potrafi wejść i zejść ze schodów (czy szuka stopnia stopą, czy potrzebuje trzymania za obie ręce)?
.....
.....
.....
- Jak dziecko reaguje na zmianę podłoża (np. przejście z dywanu na śliskie kafelki lub z chodnika na trawę)?
.....
.....
.....
- Czy dziecko potrafi odnaleźć zabawkę, która upadła na podłogę (czy szuka jej wzrokiem, czy po omacku rękami)?
.....
.....
.....

2. Wykorzystanie resztek wzroku w zabawie

- Z jakiej odległości dziecko ogląda obrazki w książeczkach?
.....
.....
.....
- Czy dziecko preferuje zabawki w intensywnych, kontrastowych kolorach?
.....
.....
.....
- Czy dziecko potrafi śledzić wzrokiem poruszający się obiekt (np. turlającą się piłkę)?
.....
.....
.....

- Jak dziecko radzi sobie z układaniem prostych puzzli lub klocków (czy trafia elementem w otwór/wypustkę)?

.....

.....

.....

3. Samoobsługa i codzienna rutyna

- Czy dziecko potrafi samodzielnie nabrać pokarm na łyżkę i trafić nią do buzi?

.....

.....

.....

- Jak dziecko radzi sobie z myciem rąk (czy widzi mydło, czy potrafi odkręcić kurek)?

.....

.....

.....

- Czy dziecko rozpoznaje swoje ubrania (np. po kolorze lub fakturze) i próbuje je zakładać?

.....

.....

.....

- Czy dziecko zgłasza potrzebę fizjologiczną i czy potrafi bezpiecznie dotrzeć do toalety?

.....

.....

.....

4. Reakcje na światło i warunki otoczenia

- Czy dziecko mruży oczy lub zasłania je ręką przy wejściu do jasnego pomieszczenia (światłowstręt)?

.....

.....

.....

- Czy po zmroku (lub w przyciemnionym pokoju) aktywność dziecka drastycznie spada?

.....

.....

.....

- Czy dziecko boi się cieni lub nietypowych refleksów świetlnych na ścianach?

.....

.....

.....

5. Komunikacja i funkcjonowanie społeczne

- Czy dziecko nawiązuje kontakt wzrokowy z rodzicem/opiekunem podczas rozmowy?

.....

.....

.....

- Czy dziecko rozpoznaje znane mu osoby z odległości kilku metrów (np. na placu zabaw)?
.....
.....
.....
- Jak dziecko reaguje na obecność innych dzieci (czy bawi się obok, czy próbuje nawiązać interakcję, czy boi się gwałtownych ruchów rówieśników)?
.....
.....
.....
- Czy dziecko wskazuje palcem obiekty, które je zaciekały w oddali?
.....
.....
.....

6. Bezpieczeństwo i lęki

- Czy dziecko wykazuje lęk przed otwartą przestrzenią lub nowymi miejscami?
.....
.....
.....
- Czy dziecko często uderza się w głowę lub potyka o niskie przeszkody (np. progi, zabawki na podłodze)?
.....
.....
.....
- Jak dziecko reaguje na badanie okulistyczne i konieczność noszenia okularów/zaklejania oka?
.....
.....
.....

Data wypełnienia.....

Podpis rodzica/prawnego opiekuna