**ADAPTAČNÍ DOTAZNÍK – INFORMACE O ŽÁKOVI**

Jméno a příjmení ………………………………………………………………………………………

Základní informace o dítěti:

1. **KOMUNIKACE**

Vaše dítě:

* komunikuje běžnou verbální formou (mluví)
* je naučené používat ke komunikaci AAK (např.: VOKS)
* nekomunikuje
1. **SEBEOBSLUHA**

Vaše dítě potřebuje při oblékání:

* žádnou dopomoc – je zcela samostatný
* částečnou dopomoc (se kterou částí oděvu?) ………………………………………………………………………………………….
* zvládá všechny typy zapínání
* zapne pouze oblečení na zip, knoflíky nezvládá
* potřebuje celkovou pomoc dospělého

Obouvání:

* žádnou dopomoc – obuje si samostatně boty všeho typu, zvládá zavazování tkaniček
* částečnou pomoc – samostatně se pouze obuje, tkaničky zavazovat neumí
* potřebuje celkovou pomoc s obouváním i zavazováním obuvi
1. **HYGIENICKÉ NÁVYKY**

Mytí a utírání rukou zvládá:

* zcela samostatně
* s dopomocí
* sám nezvládá

Použití WC zvládá:

* bez pomoci
* chodí na WC sám, dokáže si říct o potřebu WC
* potřebuje pomoc při použití toaletního papíru
* o vykonání potřeby použít WC si neřekne, potřebuje celkovou pomoc
* chodí pravidelně na „velkou“ stranu – jak často?

Používání plen:

* plenováno 24 hodin
* plenováno jen v noci
* jak často je přebalováno?
1. **SPÁNEK**

Je vaše dítě zvyklé spávat během dopoledne? Pokud ano jak dlouho?

Usíná:

* zcela samostatně
* v přítomnosti dospělého
* s hračkou
1. **STRAVOVACÍ NÁVYKY**

Nají se:

* zcela samostatně s použitím nože a vidličky
* příborem, ale potřebuje pomoc s krájením
* samostatně pouze lžící
* bez pomoci dospělého se nenají

Pije:

* zcela sám ze sklenice, či hrnku
* s dopomocí ze sklenice či hrnku
* sklenici ani hrnek k pití nepoužívá – pije z láhve

Jsou nějaké potraviny, které vaše dítě odmítá?

Pokud ano, vypište je prosím.

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

Jsou nějaké potraviny, na které má dítě alergii?

…………………………………………………………………………………………………..

Dietní opatření?

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

1. **OSTATNÍ**

Nosí vaše dítě brýle?

* ano
* ne
* v případě, že ano – po celý den, po část dne, jen na čtení

Oblíbená činnost, hra ve volném čase, jak dlouho si je schopen hrát, zabavit se činností?:

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

Má vaše dítě z něčeho konkrétního strach, obavu?

Pokud ano, vypište prosím.

…………………………………………………………………………………………

…………………….......................................................................

………………………………………………………………………………………..

 Má vaše dítě nějaké mimořádné zvyky, projevy chování, zlozvyky?

Pokud ano, vypište prosím.

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

Jak vaše dítě nejlépe uklidníte v případě, že je rozrušené?

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

Co na vaše dítě nejvíce platí v případě, že nechce poslechnout?

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………..

Jak vaše dítě reaguje na cizí osoby?

* je kontaktní
* je spíše uzavřené
* je nejraději o samotě

Je vaše dítě zvyklé na přítomnost zvířete (psa, kočky)?

* ano
* ne
* bojí se psů/ koček
* má alergii na zvířecí srst
* Do kontaktu se zvířetem se ještě nedostalo / dostalo minimálně
1. **DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE RODIČŮ:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Ve Zlíně dne: Podpis rodičů: