

ВХОДНАЯ АНКЕТА

ФИО ребенка _____

Возраст полных _____ лет _____ месяцев Дата рождения: _____

ФИО родителей/законных представителей _____

Телефоны для связи _____

Дата формирования _____ специалист ФИО _____

(заполняется специалистом)

(заполняется специалистом)

1. Физико-моторные навыки

№	Вопросы про формирование навыков у ребенка	Входные данные навыков на момент обращения со слов родителей и представителей
		<i>Необходимо отметить подходящий вариант:</i>
1	<i>Держит голову.</i> Во сколько месяцев стал(а) держать уверенно голову лежа на животе и опираясь на локти?	<input type="checkbox"/> До 6 месяцев <input type="checkbox"/> Около 6 месяцев <input type="checkbox"/> После 6 месяцев <input type="checkbox"/> Не помню <input type="checkbox"/> Навык не сформирован
2	<i>Формирование комплекса оживления.</i> Во сколько месяцев появились улыбка, плач, испуг, другие реакции на Вас, когда Вы к нему подходили?	<input type="checkbox"/> До 6 месяцев <input type="checkbox"/> Около 6 месяцев <input type="checkbox"/> После 6 месяцев <input type="checkbox"/> Не помню
3	<i>Навык сидеть самостоятельно.</i> Когда сел(а) самостоятельно без подушек и поддержек?	<input type="checkbox"/> До 1 года <input type="checkbox"/> Около 1 года <input type="checkbox"/> После 1 года <input type="checkbox"/> Не помню <input type="checkbox"/> Навык не сформирован
4	<i>Ползание на четвереньках.</i> Пополз(ла) ли на четвереньках? Если да - то когда начал(а)?	<input type="checkbox"/> До 1 года <input type="checkbox"/> Около 1 года <input type="checkbox"/> После 1 года <input type="checkbox"/> Не помню <input type="checkbox"/> Не ползал на четвереньках <input type="checkbox"/> Навык не сформирован
5	<i>Вставание с опорой.</i> Когда стал(а) вставать с опорой (диван, за руку и т.д.)?	<input type="checkbox"/> До 1 года <input type="checkbox"/> Около 1 года <input type="checkbox"/> После 1 года <input type="checkbox"/> Не помню <input type="checkbox"/> Навык не сформирован
6	<i>Хожение с опорой.</i> Когда стал(а) ходить с опорой (диван, за руку и т.д.)?	<input type="checkbox"/> До 1,5 лет <input type="checkbox"/> Около 1,5 лет <input type="checkbox"/> После 1,5 лет <input type="checkbox"/> Не помню <input type="checkbox"/> Навык не сформирован
7	<i>Самостоятельная ходьба.</i>	<input type="checkbox"/> До 2 лет

	Когда пошел самостоятельно?	<input type="checkbox"/> Около 2 лет <input type="checkbox"/> После 2 лет <input type="checkbox"/> Не помню <input type="checkbox"/> Навык не сформирован
8	<i>Самостоятельный бег.</i> Когда стал(а) бегать самостоятельно?	<input type="checkbox"/> До 2 лет <input type="checkbox"/> Около 2 лет <input type="checkbox"/> После 2 лет <input type="checkbox"/> Не помню <input type="checkbox"/> Навык не сформирован
9	<i>Самостоятельное одевание и раздевание.</i> С какой степенью самостоятельности ребенок умеет одеваться и раздеваться?	<input type="checkbox"/> Самостоятельно надевает все предметы одежды <input type="checkbox"/> Самостоятельно надевает часть предметов одежды, для одевания некоторых требуется помощь <input type="checkbox"/> Может одеться самостоятельно, если сложить одежду в порядке надевания <input type="checkbox"/> Может одеться самостоятельно, если подсказывать последовательность надевания различных предметов одежды <input type="checkbox"/> Самостоятельно снимает часть предметов одежды, для снятия некоторых требуется помощь <input type="checkbox"/> Самостоятельно снимает все предметы одежды <input type="checkbox"/> Самостоятельно завязывает шнурки <input type="checkbox"/> Самостоятельно застегивает пуговицы <input type="checkbox"/> Самостоятельно застегивает молнии <input type="checkbox"/> Для застегивания пуговиц, завязывания шнурков, застегивания молний требуется помощь
10	<i>Дополнительная информация по моторным функциям и их характеристикам на сегодняшний день.</i>	<input type="checkbox"/> Прыгает на одной ноге <input type="checkbox"/> Перекидывает мяч из руки в руку <input type="checkbox"/> Катается на велосипеде <input type="checkbox"/> Катается на самокате <input type="checkbox"/> Часто падает <input type="checkbox"/> Другие моторные функции: _____ _____ _____
11	<i>Мелкая моторика.</i>	<input type="checkbox"/> Держит карандаш правильно <input type="checkbox"/> Держит карандаш слабо <input type="checkbox"/> Сильно нажимает на карандаш <input type="checkbox"/> Раскрашивает картинку не выходя за контур <input type="checkbox"/> Выходит за контур при раскрашивании <input type="checkbox"/> Умеет завязывать узелки на веревке <input type="checkbox"/> Держит ножницы правильно <input type="checkbox"/> Держит ножницы правильно, умеет пользоваться <input type="checkbox"/> Лепит самостоятельно <input type="checkbox"/> Лепит по образцу <input type="checkbox"/> Лепит «рука в руке» <input type="checkbox"/> Умеет лепить мелкие фигурки из пластилина <input type="checkbox"/> Другие навыки мелкой моторики _____ _____ _____

2. Поведение. Социальная самостоятельность

№	Вопросы про формирование навыков ребенка	Входные данные навыков на момент обращения со слов родителей и представителей
1	<p><i>Поведение в социуме</i></p> <p>Наблюдается ли у ребенка серьезное нежелательное поведение?</p>	<p>ВЫБЕРИТЕ ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ СИТУАЦИИ:</p> <p><input type="checkbox"/> Продолжительный крик или плач</p> <p><input type="checkbox"/> Агрессия к себе или к другим людям: кусает, бьет, щипается, царапается, толкается и др.</p> <p><input type="checkbox"/> Ломает и разбрасывает игрушки</p> <p><input type="checkbox"/> Грызет вещи, плюётся</p> <p><input type="checkbox"/> Убегает на улице, бегаёт по помещению</p> <p><input type="checkbox"/> Другое: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
2	<p><i>Выполнение требований взрослых</i></p> <p>Как часто ребенок сопротивляется требованиям взрослых, прибегая к нежелательному поведению?</p>	<p><input type="checkbox"/> Несколько раз в день</p> <p><input type="checkbox"/> Почти ежедневно</p> <p><input type="checkbox"/> Один-два раза в неделю</p> <p><input type="checkbox"/> Один-два раза в месяц</p> <p><input type="checkbox"/> Реже, чем один раз в месяц</p> <p><input type="checkbox"/> Никогда</p>
3	<p><i>Социальное взаимодействие со сверстниками.</i></p> <p>Вступает ли Ваш ребенок в контакт со сверстниками?</p>	<p><input type="checkbox"/> Да, практически при каждой встрече со сверстниками</p> <p><input type="checkbox"/> Да, иногда вступает в контакт со сверстниками</p> <p><input type="checkbox"/> Самостоятельно не вступает</p> <p><input type="checkbox"/> Никогда не вступает в контакт</p>
4	<p><i>Формы аутостимуляции.</i></p> <p>Наблюдаются ли у ребенка любые формы аутостимуляции?</p> <p>(быстрые притопывания ногами и пальцами ног, тряска, мычание, прыжки, раскачивания, похлопывания ладонями, потряхивания руками перед глазами, застывание в позе вниз головой, скрипение зубами, мастурбация, игра с языком и слюной, облизывание и обнюхивание предметов, прикосновения к бумаге с особой фактурой, к ткани, перебирания и расслоения волокон, сжимания целлофановых пакетов, вращения колесиков, крышек и т.д.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Да</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p>ЧАСТОТА:</p> <p><input type="checkbox"/> Постоянно</p> <p><input type="checkbox"/> Время от времени</p> <p><input type="checkbox"/> Редко</p>
5	<p><i>Навязчивые идеи</i></p> <p>Отмечаются ли у ребенка навязчивые идеи? (ритуальные действия, выбор одной и той же дороги, одежды, еды и др.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Да</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p>
6	<p><i>Взаимодействие с незнакомым («чужим») окружающим пространством</i></p> <p>Часто ли ребенок передвигается (бегает, ходит) по незнакомому окружающему пространству, испытывает трудности со сосредоточением?</p>	<p>КАК ВЕДЕТ СЕБЯ, опишите: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>РЕГУЛЯРНОСТЬ:</p> <p><input type="checkbox"/> Постоянно</p> <p><input type="checkbox"/> Время от времени</p> <p><input type="checkbox"/> Изредка</p> <p><input type="checkbox"/> Никогда</p>
7	<p><i>Реакция на сенсорные раздражители.</i></p> <p>Насколько остро ребенок реагирует на сенсорные раздражители – убегает из</p>	<p>НА ЧТО ИМЕННО РЕАГИРУЕТ, опишите: _____</p> <p>_____</p>

	шумного помещения, закрывает уши или глаза?	РЕГУЛЯРНОСТЬ: <input type="checkbox"/> Постоянно, при любом появлении сенсорного раздражителя <input type="checkbox"/> Время от времени <input type="checkbox"/> Изредка <input type="checkbox"/> Другое _____
8	<i>Сотрудничество со взрослым.</i> Часто ли ребенок отказывается сотрудничать со взрослым во время выполнения заданий или на занятиях, также не соблюдает режимные моменты в ДОУ/МОУ?	<input type="checkbox"/> Несколько раз в день <input type="checkbox"/> Почти ежедневно <input type="checkbox"/> Один-два раза в неделю <input type="checkbox"/> Один-два раза в месяц <input type="checkbox"/> Реже, чем один раз в месяц <input type="checkbox"/> Никогда
9	<i>Реакция на поручения.</i> Какая ответная реакция наблюдается у ребенка на поручение (инструкции)?	Опишите реакцию _____ _____ _____
10	<i>Формирование туалетного навыка.</i> Во сколько месяцев сам стал(а) проситься на горшок или в туалет? Сформирован ли туалетный навык?	<input type="checkbox"/> ____ мес. <input type="checkbox"/> Не помню <input type="checkbox"/> Да, самостоятельно просится в туалет <input type="checkbox"/> Да, но нужно периодически спрашивать, напоминать <input type="checkbox"/> Нет, навык не сформирован
	<i>Формирование туалетного навыка.</i> Как сейчас просится в туалет?	Опишите: _____ _____ _____
11	<i>Формирование пищевого навыка.</i> Сформирован ли пищевой навык? Какие предпочтения у ребенка в еде?	<input type="checkbox"/> Ребенок ест самостоятельно <input type="checkbox"/> Ребенку требуется помощь, когда он кушает <input type="checkbox"/> Больше любит мягкую пищу <input type="checkbox"/> Больше любит плотную пищу <input type="checkbox"/> Не любит кашеобразную/ киселеобразную пищу <input type="checkbox"/> Другие предпочтения _____ _____ <input type="checkbox"/> Нет никаких пищевых предпочтений

3. Речевое развитие

№	Вопросы про формирование навыков ребенка	Входные данные навыков на момент обращения со слов родителей и представителей
1	<i>Крик.</i> Закричал(а) после родов сразу или были задержки?	<input type="checkbox"/> Закричал(а) сразу после родов <input type="checkbox"/> Закричал(а) не сразу после родов, была задержка
2	<i>Гуление.</i> Во сколько месяцев стал(а) гулить? Было ли гуление? (гласные звуки А, У, О и т.д.)	<input type="checkbox"/> До 3 месяцев <input type="checkbox"/> Около 3 месяцев <input type="checkbox"/> После 3 месяцев <input type="checkbox"/> Не помню <input type="checkbox"/> Не было гуления
3	<i>Лепет.</i> Появился ли лепет и во сколько месяцев появился лепет (слоги ба, да, га, ма и т.д.)?	<input type="checkbox"/> До 6 месяцев <input type="checkbox"/> Около 6 месяцев <input type="checkbox"/> После 6 месяцев

		<input type="checkbox"/> Не помню <input type="checkbox"/> Не было лепета
4	<i>Первые слова.</i> Какой словарный запас был у ребенка к 1 году?	<input type="checkbox"/> Было меньше 5 слов <input type="checkbox"/> Было 5-8 слов <input type="checkbox"/> Было 8 слов или чуть больше <input type="checkbox"/> К году не говорил словами
5	<i>Словарный запас.</i> Говорит ли Ваш ребенок на момент обращения?	<input type="checkbox"/> Да, ребенок говорит отдельными словами <input type="checkbox"/> Да, ребенок говорит словосочетания <input type="checkbox"/> Да, ребенок говорит фразы, предложения <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нет, использует методы альтернативной коммуникации: _____ _____ _____
6	<i>Особенности речи</i> Есть ли какие-либо особенности в речи ребенка?	<input type="checkbox"/> Эхолалия (повторение) <input type="checkbox"/> Кашеобразное говорение <input type="checkbox"/> Двухязычие (говорит не только на русском языке) <input type="checkbox"/> Другие особенности _____ _____ _____
7	<i>Коммуникация</i> Какие способы коммуникации использует Ваш ребенок, если он не говорит?	<input type="checkbox"/> Жесты <input type="checkbox"/> Карточки <input type="checkbox"/> Письменная речь <input type="checkbox"/> Крики <input type="checkbox"/> Другой способ _____ _____ <input type="checkbox"/> Отсутствует инициатива в коммуникации
	<i>Коммуникация.</i> Использует ли речь по назначению?	<input type="checkbox"/> Да, с помощью речи обращается к другим, обозначает предметы, действия, использует в подходящей ситуации и т.п. <input type="checkbox"/> Нет
8	<i>Понимание.</i> Понимает ли ваш ребенок обращенную речь?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
! Внимание, если Ваш ребенок не говорит, дальше «Речевое развитие» заполнять не нужно!		
9	<i>Согласованность речи</i> Если Вас беспокоит именно речь, опишите Ваши беспокойства	<input type="checkbox"/> Маленький словарный запас <input type="checkbox"/> Не использует или мало употребляет предлоги, глаголы, прилагательные, существительные <input type="checkbox"/> Допускает смысловые ошибки при употреблении предлогов, глаголов, прилагательных, существительных <input type="checkbox"/> Допускает ошибки при согласовании слов во фразе <input type="checkbox"/> Другие беспокойства _____ _____ _____
10	<i>Связная речь</i>	<input type="checkbox"/> Умеет пересказывать маленький текст, сказку или мультфильм <input type="checkbox"/> Умеет рассказывать, что сегодня делали в садике, в школе, детском центре, в течение дня <input type="checkbox"/> Другие ошибки в связной речи _____ _____ <input type="checkbox"/> Нет ошибок в связной речи

11	<i>Темп речи, голос</i> У ребенка имеются запинки в речи или заикание? С какой силой, скоростью говорит ребенок?	<input type="checkbox"/> Есть запинки, заикание <input type="checkbox"/> Говорит громко <input type="checkbox"/> Говорит тихо <input type="checkbox"/> Говорит медленно <input type="checkbox"/> Говорит быстро <input type="checkbox"/> Другое _____ <input type="checkbox"/> Нет, высота, скорость и сила голоса соответствуют ситуации общения
12	<i>Практис.</i> Нарушен ли у ребенка тонус губ, языка, щек, имеет ли место быть лишней саливация (слюни)?	<input type="checkbox"/> Есть нарушения тонуса губ, языка, щек (повышенный, пониженный, смешанный – <i>подчеркните нужное</i>) <input type="checkbox"/> Наблюдается лишняя саливация <input type="checkbox"/> Нет таких нарушений

4. Когнитивный онтогенез (развитие познавательных навыков: память, мышление, логика, восприятие, внимание)

№	Вопросы про формирование навыков ребенка	Входные данные навыков на момент обращения со слов родителей и представителей	
1	<i>Телесный и зрительный контакт с мамой.</i> С какого месяца жизни и как реагирует на прикосновения матери, отслеживает, кричит, улыбается и т.д.?	КОГДА ПОЯВИЛСЯ: <input type="checkbox"/> До 6 месяцев <input type="checkbox"/> Около 6 месяцев <input type="checkbox"/> После 6 месяцев <input type="checkbox"/> Не помню	КАК СЕЙЧАС ПОДДЕРЖИВАЕТ: <input type="checkbox"/> Отслеживает <input type="checkbox"/> Кричит <input type="checkbox"/> Улыбается <input type="checkbox"/> Другое _____
2	<i>Фиксация, взгляд.</i> С какого месяца ребенок стал(а) фиксировать взгляд на интересном предмете?	<input type="checkbox"/> До 6 месяцев <input type="checkbox"/> Около 6 месяцев <input type="checkbox"/> После 6 месяцев <input type="checkbox"/> Не помню	
3	<i>Изучение себя.</i> Находил ли одной рукой другую, сосал руки и рассматривал их?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не помню	
4	<i>Интонации.</i> С какого месяца ребенок различает интонации?	<input type="checkbox"/> До 6 месяцев <input type="checkbox"/> Около 6-12 месяцев <input type="checkbox"/> После 1 года <input type="checkbox"/> Не помню <input type="checkbox"/> Не различает интонации	
5	<i>Слежение за перемещением.</i> Во сколько месяцев Ваш ребенок следил за перемещением игрушки, тянул к ней руки, схватывал, удерживал?	<input type="checkbox"/> До 1 года <input type="checkbox"/> После 1 года <input type="checkbox"/> Не помню	
6	<i>Любимая игрушка.</i> Есть ли у Вашего ребенка любимая игрушка, если да - какая?	<input type="checkbox"/> Да. Какая? _____ <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не помню	
7	<i>Подражания движениям.</i> Во сколько месяцев стал(а) подражать движениям взрослого (похлопывает, стучит, сжимает, трясет игрушкой)?	<input type="checkbox"/> До 6 месяцев <input type="checkbox"/> После 1 года <input type="checkbox"/> Не помню	
8	<i>Различать.</i> Во сколько месяцев стал(а) различать своих – чужих?	<input type="checkbox"/> До 1 года <input type="checkbox"/> После 1 года	

		<input type="checkbox"/> Не помню <input type="checkbox"/> Не различает	
9	<i>Контакт.</i> Умеет ли Ваш ребенок вступать в контакт: зрительный (смотрит в глаза), тактильный (касается сам и разрешает прикасаться к себе)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Смотрит в глаза <input type="checkbox"/> Отводит взгляд / Не фиксируется на человеке <input type="checkbox"/> Касается сам <input type="checkbox"/> Разрешает прикосновения <input type="checkbox"/> Любит обнимания, поглаживания	
10	<i>Ориентировка, сформированное «Я».</i> Сформирована ли ориентировка в теле (называет и показывает части тела, сформировано «Я»)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> С особенностями. Какими? _____ _____ <input type="checkbox"/> Не могу сказать _____	
11	<i>Сенсорные эталоны и их интеграция.</i> Сформированы ли сенсорные эталоны и их интеграция (зрение, слух, тактильность, обоняние, вкусовое чувствование)?	Зрение: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Слух: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		Обоняние: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Вкусовое чувствование: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		Тактильность: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> С особенностями. Какими? _____	
12	<i>Процесс обучения.</i> При обучении ребенок пытается угадать правильный ответ или обдумывает его (цвета, цифры, фигуры, предметы, величины, счет и т.д.)?	<input type="checkbox"/> Пытается угадать сразу после вопроса <input type="checkbox"/> Думает над ответом, если не знает — молчит <input type="checkbox"/> Думает над ответом, если не знает — пытается угадать <input type="checkbox"/> Пытается обдумать и дать ответ	
13	<i>Память.</i> Как быстро ребенок запоминает стихи, людей, события?	<input type="checkbox"/> Не запоминает <input type="checkbox"/> Запоминает сразу (как услышит, увидит) <input type="checkbox"/> Запоминает после нескольких (1-3 раза) повторений <input type="checkbox"/> Запоминает после многократных специальных повторений <input type="checkbox"/> Не могу сказать	
	<i>Память.</i> Что именно запоминает?	<input type="checkbox"/> Людей <input type="checkbox"/> Стихи <input type="checkbox"/> События	

5. Эмоциональный интеллект

№	Критерии навыков	Входные данные навыков на момент обращения со слов родителей и представителей
1	<i>Эмоции.</i> Какие эмоции ваш ребенок чаще всего проявляет?	<input type="checkbox"/> Радость <input type="checkbox"/> Удивление <input type="checkbox"/> Злость <input type="checkbox"/> Страх <input type="checkbox"/> Отвращение <input type="checkbox"/> Грусть

2	<i>Ролевая игровая деятельность.</i> Играет ли в сюжетно-ролевые игры с правилами, действиями по ролям?	<input type="checkbox"/> Да, играет и может сменить роль в игре <input type="checkbox"/> Да, играет, но не может сменить роль <input type="checkbox"/> Нет, не играет
3	<i>Образное мышление.</i> Сформировано ли образное мышление, например: палка вместо подозрительной трубы, палка вместо пистолета?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4	<i>Друзья.</i> Есть ли у вашего ребенка друг?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6	<i>Индивидуальные особенности.</i> Противопоказания/что любит/что не любит, аллергия и т.д.?	Какие виды аллергий есть _____ _____ Что любит _____ _____ Что не любит _____ _____
7	<i>Наличие режима.</i> Есть ли у ребенка соблюдаемый стабильный режим сна, питания? Постоянное расписание дня, недели, которым он следует?	<input type="checkbox"/> Есть режим сна <input type="checkbox"/> Есть режим питания <input type="checkbox"/> Есть расписание дня <input type="checkbox"/> Есть расписание недели
8	<i>С кем проживает ребенок?</i> Ребенок постоянно проживает в одной семье или в нескольких?	<input type="checkbox"/> Ребенок живет в одной семье <input type="checkbox"/> Ребенок проживает на несколько семей С КЕМ ПРОЖИВАЕТ: <input type="checkbox"/> Мама <input type="checkbox"/> Папа <input type="checkbox"/> Бабушка <input type="checkbox"/> Дедушка <input type="checkbox"/> Сестра <input type="checkbox"/> Брат <input type="checkbox"/> Домашнее животное <input type="checkbox"/> Другие: _____

6. Навыки общения

№	Критерии навыков	Входные данные навыков на момент обращения со слов родителей и представителей
1	<i>Просьба о помощи</i> Как ребенок просит о помощи, когда она ему необходима? У кого может попросить?	<input type="checkbox"/> Просит только у меня <input type="checkbox"/> Может попросить у любого человека <input type="checkbox"/> Скажет «Помоги» словами/карточкой/жестом <input type="checkbox"/> Подведет к месту, где нужна помощь <input type="checkbox"/> Не просит о помощи <input type="checkbox"/> Другое _____
2	<i>Просьба о поощрении</i> Как ребенок просит о любимой еде, игрушке, деятельности?	<input type="checkbox"/> Скажет «Дай предмет/игру» <input type="checkbox"/> Назовет предмет/игру, которые хочет получить <input type="checkbox"/> Подведет к месту, где находится желаемое <input type="checkbox"/> Не просит <input type="checkbox"/> Другое _____
3	<i>Просьба о перерыве</i> Может ли ребенок попросить перерыв во время сложной деятельности на отдых?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4	<i>Отказ</i>	<input type="checkbox"/> Словами <input type="checkbox"/> Криком

	Как ребенок отказывается от чего-либо (игра, еда, деятельность и др.) если не хочет?	<input type="checkbox"/> Молчание/игнорирование <input type="checkbox"/> Не отказывается, всегда соглашается, даже если не хочет <input type="checkbox"/> Другое _____
6	<i>Согласие</i> Как ребенок соглашается на что-либо (игра, еда, деятельность и др.) если хочет это получить?	<input type="checkbox"/> Словами <input type="checkbox"/> Возмет то, что предлагают, без слов <input type="checkbox"/> Другое _____
7	<i>Ожидание</i> Как ребенок реагирует на просьбу «Подожди»?	<input type="checkbox"/> Продолжает требовать желаемое <input type="checkbox"/> Может подождать не более ____ минут <input type="checkbox"/> Может ждать более 10 минут <input type="checkbox"/> Сразу проявит нежелательное поведение <input type="checkbox"/> Другое _____
8	<i>Следование визуальному расписанию</i> Как ребенок пользуется визуальным расписанием дня?	<input type="checkbox"/> Полностью сам <input type="checkbox"/> Требуется небольшая помощь <input type="checkbox"/> Иногда требуется помощь и контроль <input type="checkbox"/> Требуется постоянный контроль <input type="checkbox"/> Нет визуального расписания
9	<i>Реакция на имя</i> Как ребенок реагирует на свое имя?	<input type="checkbox"/> Не реагирует <input type="checkbox"/> Поворот головы/взгляд <input type="checkbox"/> Реагирует словами <input type="checkbox"/> Другое _____
10	<i>Реакция на поручение, инструкцию</i> Как ребенок реагирует на фразы «Иди сюда», «Дай это мне», «Стой», «Сядь», «Положи ... (на место)», «Принеси...», и т.д.»?	<input type="checkbox"/> Не реагирует <input type="checkbox"/> Чаще не выполняет <input type="checkbox"/> Иногда выполняет, иногда нет <input type="checkbox"/> Чаще выполняет <input type="checkbox"/> Выполняет всегда <input type="checkbox"/> Выполняют только определенные инструкции. Какие? _____ <input type="checkbox"/> Другое _____

7. Родительские ожидания от посещения ребенком занятий в нашем Центре

№	Критерии навыков, характер услуг	Желаемый/ожидаемый результат
1	<i>Помощь для себя.</i> Требуется ли Вам лично помощь (методическая, консультационная), эмоциональная поддержка специалиста?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Какие виды помощи? _____ _____
2	<i>Обратная связь.</i> Какую форму представления результатов жизни ребенка в группе Вы считаете предпочтительной?	<input type="checkbox"/> Встречи группы родителей, обсуждение динамики детей, обратная связь от специалистов; 1 раз в месяц онлайн <input type="checkbox"/> Встречи группы родителей, обсуждение динамики детей, обратная связь от специалистов, эмоциональная поддержка, оптимизация детско-родительских отношений; 1 раз в неделю онлайн
3	<i>Запрос</i> Каких результатов Вы ожидаете от занятий в первую очередь? Что Вам кажется особенно важным - какие социальные навыки взаимодействия должны появиться/быть улучшены?	

4	Специальные навыки родителя Есть ли у Вас специальная подготовка для работы с ребенком? Обучались ли Вы на каких-либо курсах, семинарах и т.п.?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, какие? _____ _____ _____
---	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

8. Информация для корректировки программы работы с ребенком

№	Вопрос	Ответ родителя или законного представителя	
1	<p>К каким профильным специалистам ребенок <u>ходил</u> и каких <u>посещает сейчас</u>? Логопеды, психологи, дефектологи, АВА-терапевты, канис-терапевты и другие специалисты.</p> <p>Сколько занятия длятся по времени, сколько раз в неделю, на протяжении какого периода времени? Если ребенок перестал посещать занятия — по какой причине? Присутствует ли родитель на занятиях? Является ли родитель участником занятий?</p>	ПОСЕЩАЛ: <input type="checkbox"/> Логопед <input type="checkbox"/> Психолог <input type="checkbox"/> Дефектолог <input type="checkbox"/> АВА-терапевты <input type="checkbox"/> Эрготерапевт <input type="checkbox"/> Нейропсихолог <input type="checkbox"/> Игротерапевт <input type="checkbox"/> Другие специалисты: _____ _____ _____	По какой причине перестал посещать: _____ _____ _____ _____
		ПОСЕЩАЕТ: <input type="checkbox"/> Логопед, длительность занятий ____ час ____ раз в неделю <input type="checkbox"/> Психолог, длительность занятий ____ час ____ раз в неделю <input type="checkbox"/> Дефектолог, длительность занятий ____ час ____ раз в неделю <input type="checkbox"/> АВА-терапевты, длительность занятий ____ час ____ раз в неделю <input type="checkbox"/> Эрготерапевт, длительность занятий ____ час ____ раз в неделю <input type="checkbox"/> Нейропсихолог, длительность занятий ____ час ____ раз в неделю <input type="checkbox"/> Игротерапевт, длительность занятий ____ час ____ раз в неделю <input type="checkbox"/> Другие специалисты _____ _____ _____ Присутствие родителя на занятиях: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Участие родителя в занятии: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
2	<p>Какие центры, организации ребенок посещает на данный момент и получает помощь в развитии?</p> <p>Государственные учреждения, некоммерческие организации, частные центры. Как часто, в какой форме (групповая, индивидуальная, домашняя и т. д.)?</p>	Тип организации: ДЕТСКИЙ САД: <input type="checkbox"/> Нейротипичная группа <input type="checkbox"/> Группа детей с ОВЗ <input type="checkbox"/> Ресурсная группа <input type="checkbox"/> Полный день <input type="checkbox"/> Неполный день ШКОЛА: <input type="checkbox"/> Индивидуальное обучение <input type="checkbox"/> Групповое обучение <input type="checkbox"/> Ресурсный класс <input type="checkbox"/> Домашнее обучение	

		СПЕЦИАЛЬНЫЙ ЦЕНТР <input type="checkbox"/> Групповые занятия <input type="checkbox"/> Индивидуальные занятия Другое, опишите _____ _____
3	Каковы наибольшие результаты? Наилучший прогресс от работы ребенка со специалистами на данный момент, с вашей точки зрения? Что вам кажется особенно удачным, ярким, полезным для ребенка и семьи в целом?	

9. Возможное время посещения занятий

Внимание! Для успешного формирования расписания, укажите **ВСЕ** возможные дни и временные промежутки, когда Ваш ребенок может посещать центр.

Город посещения	Самара				Новокуйбышевск
	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота
Время	10.00-12.00	10.00-12.00	10.00-12.00	10.00-12.00	10.00-12.00
	12.00-14.00	12.00-14.00	12.00-14.00	12.00-14.00	12.00-14.00
	14.00-16.00	14.00-16.00	14.00-16.00	14.00-16.00	14.00-16.00
	16.00-18.00	16.00-18.00	16.00-18.00	16.00-18.00	16.00-18.00
	18.00-20.00	18.00-20.00	18.00-20.00	18.00-20.00	18.00-20.00

9. Какую еще важную информацию Вы хотели бы сообщить о Вашем ребенке?

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЗОБРАЖЕНИЯ И ИНФОРМАЦИИ

Я, _____, законный представитель ребенка _____, в соответствии со статьей 152.1. ГК РФ¹, разрешаю автономной некоммерческой организации содействия социальной адаптации семьи и детей "Центр развития социального интеллекта" производить фото и видео съемку своего ребенка и безвозмездно использовать эти фото, видео и информационные материалы во внутренних и внешних коммуникациях, связанных с событиями, в которых принимает участие ребенок.

Фото и видеоизображения могут быть скопированы, представлены и сделаны достоянием общественности или адаптированы для использования любым разрешенным законодательством способом (в частности, в СМИ, ТВ, видео, Интернете, буклетах и т.п.) при условии, что **произведенные фото и видеоизображения не нанесут вред достоинству и репутации ребенка. Разрешенные к использованию фото и видеоматериалы не должны идентифицировать ребенка и содержать указаний на персональную информацию.**

В случае возникновения любых трудностей или спорных ситуаций, связанных с толкованием и/или реализацией данного разрешения, сделаю все зависящее, чтобы добиться дружеского урегулирования с организацией, прежде чем обратиться в судебные органы соответствующей юрисдикции. Данное разрешение действует до момента отзыва заявителем.

подпись

Ф.И.О

«01» августа 2021 г.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____, адрес _____, регистрационный номер _____, даю свое согласие на обработку в автономной некоммерческой организации содействия социальной адаптации семьи и детей "Центр развития социального интеллекта" моих персональных данных, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; тип документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность; гражданство; электронные адреса; номера телефонов; образование; сведения о работе; личные данные ребенка.

Я даю согласие на использование персональных данных исключительно в целях реализации уставной деятельности АНО "ЦРСИ", а также на хранение данных об этих результатах на электронных носителях. Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. Я проинформирован, что АНО "ЦРСИ" гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами. Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации. Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

подпись

Ф.И.О

«01» августа 2021 г.

1

в соответствии со статьей 152.1. ГК РФ не требуется разрешения и не считается нарушением использование без разрешения изображения, которое:

- а) осуществляется в государственных, общественных или иных публичных интересах;*
- б) получено при съемке, проводимой в местах, открытых для свободного посещения, или на публичных мероприятиях (собраниях, съездах, конференциях, концертах, представлениях, спортивных соревнованиях и подобных мероприятиях);*
- в) получено в результате позирования гражданина за плату.*