

## 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)

Откуда Вы узнали о нашем Центре? \_\_\_\_\_

### 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><br>Во сколько месяцев стал(а) держать уверенно голову лежа на животе и опираясь на локти?                                 | <input type="checkbox"/> До 6 месяцев<br><input type="checkbox"/> Около 6 месяцев<br><input type="checkbox"/> После 6 месяцев<br><input type="checkbox"/> Не помню<br><input type="checkbox"/> Навык не сформирован                                              |
| 2 | <i>Формирование комплекса оживления.</i><br>Во сколько месяцев появились улыбка, плач, испуг, другие реакции на Вас, когда Вы к нему подходили? | <input type="checkbox"/> До 6 месяцев<br><input type="checkbox"/> Около 6 месяцев<br><input type="checkbox"/> После 6 месяцев<br><input type="checkbox"/> Не помню                                                                                               |
| 3 | <i>Навык сидеть самостоятельно.</i><br>Когда сел(а) самостоятельно без подушек и поддержек?                                                     | <input type="checkbox"/> До 1 года<br><input type="checkbox"/> Около 1 года<br><input type="checkbox"/> После 1 года<br><input type="checkbox"/> Не помню<br><input type="checkbox"/> Навык не сформирован                                                       |
| 4 | <i>Ползание на четвереньках.</i><br>Пополз(ла) ли на четвереньках? Если да - то когда начал(а)?                                                 | <input type="checkbox"/> До 1 года<br><input type="checkbox"/> Около 1 года<br><input type="checkbox"/> После 1 года<br><input type="checkbox"/> Не помню<br><input type="checkbox"/> Не ползал на четвереньках<br><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<br><input type="checkbox"/> Около 1 года<br><input type="checkbox"/> После 1 года<br><input type="checkbox"/> Не помню<br><input type="checkbox"/> Навык не сформирован                                                       |
| 6 | <i>Хождеие с опорой.</i><br>Когда стал(а) ходить с опорой (диван, за руку и т.д.)?                                                              | <input type="checkbox"/> До 1,5 лет<br><input type="checkbox"/> Около 1,5 лет<br><input type="checkbox"/> После 1,5 лет                                                                                                                                          |

|    |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Не помню<br><input type="checkbox"/> Навык не сформирован                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 7  | <i>Самостоятельная ходьба.</i><br>Когда пошел самостоятельно?                                                              | <input type="checkbox"/> До 2 лет<br><input type="checkbox"/> Около 2 лет<br><input type="checkbox"/> После 2 лет<br><input type="checkbox"/> Не помню<br><input type="checkbox"/> Навык не сформирован                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 8  | <i>Самостоятельный бег.</i><br>Когда стал(а) бегать самостоятельно?                                                        | <input type="checkbox"/> До 2 лет<br><input type="checkbox"/> Около 2 лет<br><input type="checkbox"/> После 2 лет<br><input type="checkbox"/> Не помню<br><input type="checkbox"/> Навык не сформирован                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 9  | <i>Самостоятельное одевание и раздевание.</i><br>С какой степенью самостоятельности ребенок умеет одеваться и раздеваться? | <input type="checkbox"/> Самостоятельно надевает все предметы одежды<br><input type="checkbox"/> Самостоятельно надевает часть предметов одежды, для одевания некоторых требуется помощь<br><input type="checkbox"/> Может одеться самостоятельно, если сложить одежду в порядке надевания<br><input type="checkbox"/> Может одеться самостоятельно, если подсказывать последовательность надевания различных предметов одежды<br><input type="checkbox"/> Самостоятельно снимает часть предметов одежды, для снятия некоторых требуется помощь<br><input type="checkbox"/> Самостоятельно снимает все предметы одежды<br><input type="checkbox"/> Самостоятельно завязывает шнурки<br><input type="checkbox"/> Самостоятельно застегивает пуговицы<br><input type="checkbox"/> Самостоятельно застегивает молнии<br><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<br><input type="checkbox"/> Перекидывает мяч из руки в руку<br><input type="checkbox"/> Катается на велосипеде<br><input type="checkbox"/> Катается на самокате<br><input type="checkbox"/> Часто падает<br><input type="checkbox"/> Другие моторные функции: _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 11 | <i>Мелкая моторика.</i>                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Держит карандаш правильно<br><input type="checkbox"/> Держит карандаш слабо<br><input type="checkbox"/> Сильно нажимает на карандаш<br><input type="checkbox"/> Раскрашивает картинку, не выходя за контур<br><input type="checkbox"/> Выходит за контур при раскрашивании<br><input type="checkbox"/> Умеет завязывать узелки на веревке<br><input type="checkbox"/> Держит ножницы правильно<br><input type="checkbox"/> Держит ножницы правильно, умеет пользоваться<br><input type="checkbox"/> Лепит самостоятельно<br><input type="checkbox"/> Лепит по образцу<br><input type="checkbox"/> Лепит «рука в руке»<br><input type="checkbox"/> Умеет лепить мелкие фигурки из пластилина<br><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"/> Игнорирует требования взрослых</p> <p><input type="checkbox"/> Другое: _____</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 аутоstimуляции.</i></p> <p>Наблюдаются ли у ребенка любые формы аутоstimуляции?</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> <p>КАКИЕ: _____</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</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>КАК ВЕДЕТ СЕБЯ, опишите: _____</p> <p>РЕГУЛЯРНОСТЬ: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|    |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | сосредоточением?                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Постоянно<br><input type="checkbox"/> Время от времени<br><input type="checkbox"/> Изредка<br><input type="checkbox"/> Никогда                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 7  | <i>Реакция на сенсорные раздражители.</i><br>Насколько остро ребенок реагирует на сенсорные раздражители – убегает из шумного помещения, закрывает уши или глаза?                        | НА ЧТО ИМЕННО РЕАГИРУЕТ, опишите: _____<br>_____<br>РЕГУЛЯРНОСТЬ:<br><input type="checkbox"/> Постоянно, при любом появлении сенсорного раздражителя<br><input type="checkbox"/> Время от времени<br><input type="checkbox"/> Изредка<br><input type="checkbox"/> Другое _____<br>_____                                                                                                                                                 |
| 8  | <i>Сотрудничество со взрослым.</i><br>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<br><input type="checkbox"/> Почти ежедневно<br><input type="checkbox"/> Один-два раза в неделю<br><input type="checkbox"/> Один-два раза в месяц<br><input type="checkbox"/> Реже, чем один раз в месяц<br><input type="checkbox"/> Никогда                                                                                                                                               |
| 9  | <i>Реакция на поручения.</i><br>Какая ответная реакция наблюдается у ребенка на поручение (инструкции)?                                                                                  | Опишите реакцию _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 10 | <i>Формирование туалетного навыка.</i><br>Во сколько месяцев сам стал(а) проситься на горшок или в туалет?<br>Сформирован ли туалетный навык?                                            | <input type="checkbox"/> мес.<br><input type="checkbox"/> Не помню<br><input type="checkbox"/> Да, самостоятельно просится в туалет<br><input type="checkbox"/> Да, но нужно периодически спрашивать, напоминать<br><input type="checkbox"/> Нет, навык не сформирован                                                                                                                                                                  |
|    | <i>Формирование туалетного навыка.</i><br>Как сейчас просится в туалет?                                                                                                                  | Опишите: _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 11 | <i>Формирование пищевого навыка.</i><br>Сформирован ли пищевой навык?<br>Какие предпочтения у ребенка в еде?                                                                             | <input type="checkbox"/> Ребенок ест самостоятельно<br><input type="checkbox"/> Ребенку требуется помощь, когда он кушает<br><input type="checkbox"/> Больше любит мягкую пищу<br><input type="checkbox"/> Больше любит плотную пищу<br><input type="checkbox"/> Не любит кашеобразную/ киселеобразную пищу<br><input type="checkbox"/> Другие предпочтения _____<br>_____<br><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><br>Закричал(а) после родов сразу или были задержки? | <input type="checkbox"/> Закричал(а) сразу после родов<br><input type="checkbox"/> Закричал(а) не сразу после родов, была задержка |
| 2 | <i>Гуление.</i><br>Во сколько месяцев стал(а) гулить? Было ли    | <input type="checkbox"/> До 3 месяцев<br><input type="checkbox"/> Около 3 месяцев                                                  |

|                                                                                               |                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                               | гуление? (гласные звуки А, У, О и т.д.)                                                               | <input type="checkbox"/> После 3 месяцев<br><input type="checkbox"/> Не помню<br><input type="checkbox"/> Не было гуления                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 3                                                                                             | <i>Лепет.</i><br>Появился ли лепет и во сколько месяцев появился лепет (слоги ба, да, га, ма и т.д.)? | <input type="checkbox"/> До 6 месяцев<br><input type="checkbox"/> Около 6 месяцев<br><input type="checkbox"/> После 6 месяцев<br><input type="checkbox"/> Не помню<br><input type="checkbox"/> Не было лепета                                                                                                                                                                                                                                |
| 4                                                                                             | <i>Первые слова.</i><br>Какой словарный запас был у ребенка к 1 году?                                 | <input type="checkbox"/> Было меньше 5 слов<br><input type="checkbox"/> Было 5-8 слов<br><input type="checkbox"/> Было 8 слов или чуть больше<br><input type="checkbox"/> К году не говорил словами                                                                                                                                                                                                                                          |
| 5                                                                                             | <i>Словарный запас.</i><br>Говорит ли Ваш ребенок на момент обращения?                                | <input type="checkbox"/> Да, ребенок говорит отдельными словами<br><input type="checkbox"/> Да, ребенок говорит словосочетания<br><input type="checkbox"/> Да, ребенок говорит фразы, предложения<br><input type="checkbox"/> Нет<br><input type="checkbox"/> Нет, использует методы альтернативной коммуникации: _____<br>_____                                                                                                             |
| 6                                                                                             | <i>Особенности речи</i><br>Есть ли какие-либо особенности в речи ребенка?                             | <input type="checkbox"/> Эхолалия (повторение)<br><input type="checkbox"/> Кашеобразное говорение<br><input type="checkbox"/> Двухязычие (говорит не только на русском языке)<br><input type="checkbox"/> Другие особенности _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                         |
| 7                                                                                             | <i>Коммуникация</i><br>Какие способы коммуникации использует Ваш ребенок, если он НЕ говорит?         | <input type="checkbox"/> Жесты<br><input type="checkbox"/> Карточки<br><input type="checkbox"/> Письменная речь<br><input type="checkbox"/> Крики<br><input type="checkbox"/> Другой способ _____<br>_____<br><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.<br><input type="checkbox"/> Нет                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 8                                                                                             | <i>Понимание.</i><br>Понимает ли ваш ребенок обращенную речь?                                         | <input type="checkbox"/> Да<br><input type="checkbox"/> Нет                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>! Внимание, если Ваш ребенок не говорит, дальше «Речевое развитие» заполнять не нужно!</b> |                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 9                                                                                             | <i>Согласованность речи</i><br>Если Вас беспокоит именно речь, опишите Ваши беспокойства              | <input type="checkbox"/> Маленький словарный запас<br><input type="checkbox"/> Не использует или мало употребляет предлоги, глаголы, прилагательные, существительные<br><input type="checkbox"/> Допускает смысловые ошибки при употреблении предлогов, глаголов, прилагательных, существительных<br><input type="checkbox"/> Допускает ошибки при согласовании слов во фразе<br><input type="checkbox"/> Другие беспокойства _____<br>_____ |

|    |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 | <i>Связная речь</i>                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Умеет пересказывать маленький текст, сказку или мультяшечку<br><input type="checkbox"/> Умеет рассказывать, что сегодня делали в садике, в школе, детском центре, в течение дня<br><input type="checkbox"/> Другие ошибки в связной речи _____<br><input type="checkbox"/> Нет ошибок в связной речи                                       |
| 11 | <i>Темп речи, голос</i><br>У ребенка имеются запинки в речи или заикание? С какой силой, скоростью говорит ребенок? | <input type="checkbox"/> Есть запинки, заикание<br><input type="checkbox"/> Говорит громко<br><input type="checkbox"/> Говорит тихо<br><input type="checkbox"/> Говорит медленно<br><input type="checkbox"/> Говорит быстро<br><input type="checkbox"/> Другое _____<br><input type="checkbox"/> Нет, высота, скорость и сила голоса соответствуют ситуации общения |
| 12 | <i>Практика.</i><br>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> )<br><input type="checkbox"/> Наблюдается лишняя саливация<br><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><br>С какого месяца жизни и как реагирует на прикосновения матери, отслеживает, кричит, улыбается и т.д.? | <b>КОГДА ПОЯВИЛСЯ:</b><br><input type="checkbox"/> До 6 месяцев<br><input type="checkbox"/> Около 6 месяцев<br><input type="checkbox"/> После 6 месяцев<br><input type="checkbox"/> Не помню                          | <b>КАК СЕЙЧАС ПОДДЕРЖИВАЕТ:</b><br><input type="checkbox"/> Отслеживает<br><input type="checkbox"/> Кричит<br><input type="checkbox"/> Улыбается<br><input type="checkbox"/> Другое _____ |
| 2 | <i>Фиксация, взгляд.</i><br>С какого месяца ребенок стал(а) фиксировать взгляд на интересном предмете?                                                 | <input type="checkbox"/> До 6 месяцев<br><input type="checkbox"/> Около 6 месяцев<br><input type="checkbox"/> После 6 месяцев<br><input type="checkbox"/> Не помню                                                    |                                                                                                                                                                                           |
| 3 | <i>Изучение себя.</i><br>Находил ли одной рукой другую, сосал руки и рассматривал их?                                                                  | <input type="checkbox"/> Да<br><input type="checkbox"/> Нет<br><input type="checkbox"/> Не помню                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                           |
| 4 | <i>Интонации.</i><br>С какого месяца ребенок различает интонации?                                                                                      | <input type="checkbox"/> До 6 месяцев<br><input type="checkbox"/> Около 6-12 месяцев<br><input type="checkbox"/> После 1 года<br><input type="checkbox"/> Не помню<br><input type="checkbox"/> Не различает интонации |                                                                                                                                                                                           |
| 5 | <i>Слежение за перемещением.</i><br>Во сколько месяцев Ваш ребенок следил за перемещением игрушки, тянул к ней руки, схватывал, удерживал?             | <input type="checkbox"/> До 1 года<br><input type="checkbox"/> После 1 года<br><input type="checkbox"/> Не помню                                                                                                      |                                                                                                                                                                                           |
| 6 | <i>Любимая игрушка.</i><br>Есть ли у Вашего ребенка любимая игрушка, если да - какая?                                                                  | <input type="checkbox"/> Да. Какая? _____<br><input type="checkbox"/> Нет                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                           |

|                                                         |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                             |                        |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|                                                         |                                                                                                                                                                | ___ Не помню                                                                                                                                                                                                |                        |
| 7                                                       | <i>Подражания движениям.</i><br>Во сколько месяцев стал(а) подражать движениям взрослого (похлопывает, стучит, сжимает, трясет игрушкой)?                      | ___ До 6 месяцев<br>___ После 1 года<br>___ Не помню                                                                                                                                                        |                        |
| 8                                                       | <i>Различать.</i><br>Во сколько месяцев стал(а) различать своих – чужих?                                                                                       | ___ До 1 года<br>___ После 1 года<br>___ Не помню<br>___ Не различает                                                                                                                                       |                        |
| 9                                                       | <i>Контакт.</i><br>Умеет ли Ваш ребенок вступать в контакт: зрительный (смотрит в глаза), тактильный (касается сам и разрешает прикасаться к себе)?            | ___ Да<br>___ Нет<br>___ Смотрит в глаза<br>___ Отводит взгляд / Не фиксируется на человеке<br>___ Касается сам<br>___ Разрешает прикосновения<br>___ Любит обнимания, поглаживания                         |                        |
| 10                                                      | <i>Ориентировка, сформированное «Я».</i><br>Сформирована ли ориентировка в теле (называет и показывает части тела, сформировано «Я»)?                          | ___ Да<br>___ Нет<br>___ С особенностями. Какими? _____<br>_____<br>___ Не могу сказать _____                                                                                                               |                        |
| 11                                                      | <i>Сенсорные эталоны и их интеграция.</i><br>Сформированы ли сенсорные эталоны и их интеграция (зрение, слух, тактильность, обоняние, вкусовое чувствование)?  | Зрение:                                                                                                                                                                                                     | Слух:                  |
|                                                         |                                                                                                                                                                | ___ Да<br>___ Нет                                                                                                                                                                                           | ___ Да<br>___ Нет      |
|                                                         |                                                                                                                                                                | Обоняние:                                                                                                                                                                                                   | Вкусовое чувствование: |
| ___ Да<br>___ Нет                                       | ___ Да<br>___ Нет                                                                                                                                              | Тактильность:                                                                                                                                                                                               |                        |
| ___ Да<br>___ Нет<br>___ С особенностями. Какими? _____ |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                             |                        |
| 12                                                      | <i>Процесс обучения.</i><br>При обучении ребенок пытается угадать правильный ответ или обдумывает его (цвета, цифры, фигуры, предметы, величины, счет и т.д.)? | ___ Пытается угадать сразу после вопроса<br>___ Думает над ответом, если не знает — молчит<br>___ Думает над ответом, если не знает — пытается угадать<br>___ Пытается обдумать и дать ответ                |                        |
| 13                                                      | <i>Память.</i><br>Как быстро ребенок запоминает стихи, людей, события?                                                                                         | ___ Не запоминает<br>___ Запоминает сразу (как услышит, увидит)<br>___ Запоминает после нескольких (1-3 раза) повторений<br>___ Запоминает после многократных специальных повторений<br>___ Не могу сказать |                        |
|                                                         | <i>Память.</i> Что именно запоминает?                                                                                                                          | ___ Людей<br>___ Стихи<br>___ События                                                                                                                                                                       |                        |

## 5. Эмоциональный интеллект

| № | Критерии навыков                                                                                                                              | Входные данные навыков на момент обращения со слов родителей и представителей                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <i>Эмоции.</i><br>Какие эмоции ваш ребенок чаще всего проявляет?                                                                              | <input type="checkbox"/> Радость<br><input type="checkbox"/> Удивление<br><input type="checkbox"/> Злость<br><input type="checkbox"/> Страх<br><input type="checkbox"/> Отвращение<br><input type="checkbox"/> Грусть                                                                                                                                                                                                                      |
| 2 | <i>Ролевая игровая деятельность.</i><br>Играет ли в сюжетно-ролевые игры с правилами, действиями по ролям?                                    | <input type="checkbox"/> Да, играет и может сменить роль в игре<br><input type="checkbox"/> Да, играет, но не может сменить роль<br><input type="checkbox"/> Нет, не играет                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 3 | <i>Образное мышление.</i><br>Сформировано ли образное мышление, например: палка вместо подозрительной трубы, палка вместо пистолета?          | <input type="checkbox"/> Да<br><input type="checkbox"/> Нет                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 4 | <i>Друзья.</i><br>Есть ли у вашего ребенка друг?                                                                                              | <input type="checkbox"/> Да<br><input type="checkbox"/> Нет                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 6 | <i>Индивидуальные особенности.</i><br>Противопоказания/что любит/что не любит, аллергия и т.д.?                                               | Какие виды аллергий есть _____<br>_____<br>Что любит _____<br>_____<br>Что не любит _____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 7 | <i>Наличие режима.</i><br>Есть ли у ребенка соблюдаемый стабильный режим сна, питания? Постоянное расписание дня, недели, которым он следует? | <input type="checkbox"/> Есть режим сна<br><input type="checkbox"/> Есть режим питания<br><input type="checkbox"/> Есть расписание дня<br><input type="checkbox"/> Есть расписание недели                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 8 | <i>С кем проживает ребенок?</i><br>Ребенок постоянно проживает в одной семье или в нескольких?                                                | <input type="checkbox"/> Ребенок живет в одной семье<br><input type="checkbox"/> Ребенок проживает на несколько семей<br><br>С КЕМ ПРОЖИВАЕТ:<br><input type="checkbox"/> Мама <input type="checkbox"/> Папа<br><input type="checkbox"/> Бабушка <input type="checkbox"/> Дедушка<br><input type="checkbox"/> Сестра <input type="checkbox"/> Брат<br><input type="checkbox"/> Домашнее животное<br><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><br>Как ребенок просит о помощи, когда она ему необходима? У кого может попросить? | <input type="checkbox"/> Просит только у меня<br><input type="checkbox"/> Может попросить у любого человека<br><input type="checkbox"/> Скажет «Помоги» словами/карточкой/жестом<br><input type="checkbox"/> Подведет к месту, где нужна помощь<br><input type="checkbox"/> Не просит о помощи<br><input type="checkbox"/> Другое _____ |
| 2 | <i>Просьба о поощрении</i><br>Как ребенок просит о любимой еде, игрушке,                                  | <input type="checkbox"/> Скажет «Дай предмет/игру»<br><input type="checkbox"/> Назовет предмет/игру, которые хочет получить                                                                                                                                                                                                             |



|    |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | деятельности?                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Подведет к месту, где находится желаемое<br><input type="checkbox"/> Не просит<br><input type="checkbox"/> Другое _____                                                                                                                                                                                                                 |
| 3  | <i>Просьба о перерыве</i><br>Может ли ребенок попросить перерыв во время сложной деятельности на отдых?                                                              | <input type="checkbox"/> Да<br><input type="checkbox"/> Нет                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 4  | <i>Отказ</i><br>Как ребенок отказывается от чего-либо (игра, еда, деятельность и др.) если не хочет?                                                                 | <input type="checkbox"/> Словами<br><input type="checkbox"/> Криком<br><input type="checkbox"/> Молчание/игнорирование<br><input type="checkbox"/> Не отказывается, всегда соглашается, даже если не хочет<br><input type="checkbox"/> Другое _____                                                                                                              |
| 6  | <i>Согласие</i><br>Как ребенок соглашается на что-либо (игра, еда, деятельность и др.) если хочет это получить?                                                      | <input type="checkbox"/> Словами<br><input type="checkbox"/> Возмет то, что предлагают, без слов<br><input type="checkbox"/> Другое _____                                                                                                                                                                                                                        |
| 7  | <i>Ожидание</i><br>Как ребенок реагирует на просьбу «Подожди»?                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Продолжает требовать желаемое<br><input type="checkbox"/> Может подождать не более ____ минут<br><input type="checkbox"/> Может ждать более 10 минут<br><input type="checkbox"/> Сразу проявит нежелательное поведение<br><input type="checkbox"/> Другое _____                                                                         |
| 8  | <i>Следование визуальному расписанию</i><br>Как ребенок пользуется визуальным расписанием дня?                                                                       | <input type="checkbox"/> Полностью сам<br><input type="checkbox"/> Требуется небольшая помощь<br><input type="checkbox"/> Иногда требуется помощь и контроль<br><input type="checkbox"/> Требуется постоянный контроль<br><input type="checkbox"/> Нет визуального расписания                                                                                    |
| 9  | <i>Реакция на имя</i><br>Как ребенок реагирует на свое имя?                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Не реагирует<br><input type="checkbox"/> Поворот головы/взгляд<br><input type="checkbox"/> Реагирует словами<br><input type="checkbox"/> Другое _____                                                                                                                                                                                   |
| 10 | <i>Реакция на поручение, инструкцию</i><br>Как ребенок реагирует на фразы «Иди сюда», «Дай это мне», «Стой», «Сядь», «Положи ... (на место)», «Принеси...», и т.д.»? | <input type="checkbox"/> Не реагирует<br><input type="checkbox"/> Чаще не выполняет<br><input type="checkbox"/> Иногда выполняет, иногда нет<br><input type="checkbox"/> Чаще выполняет<br><input type="checkbox"/> Выполняет всегда<br><input type="checkbox"/> Выполняют только определенные инструкции. Какие? _____<br><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><br>Требуется ли Вам лично помощь (методическая, консультационная), эмоциональная поддержка специалиста? | <input type="checkbox"/> Нет<br><input type="checkbox"/> Да. Какие виды помощи? _____<br>_____<br>_____ |
| 2 | <i>Запрос</i><br>Каких результатов Вы ожидаете от занятий в первую очередь?                                                     |                                                                                                         |

|   |                                                                                                                                                           |                                                   |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
|   | Что Вам кажется особенно важным - какие социальные навыки взаимодействия должны появиться/быть улучшены?                                                  |                                                   |
| 4 | <i>Специальные навыки родителя</i><br>Есть ли у Вас специальная подготовка для работы с ребенком? Обучались ли Вы на каких-либо курсах, семинарах и т.п.? | ___ Нет<br>___ Да, какие? _____<br>_____<br>_____ |

### 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> | <p>ПОСЕЩАЛ:</p> <p>___ Логопед<br/>___ Психолог<br/>___ Дефектолог<br/>___ АВА-терапевты<br/>___ Эрготерапевт<br/>___ Нейропсихолог<br/>___ Игротерапевт<br/>___ Другие специалисты: _____<br/>_____<br/>_____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>По какой причине перестал посещать: _____<br/>_____<br/>_____</p> |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>ПОСЕЩАЕТ:</p> <p>___ Логопед, длительность занятий ___ час ___ раз в неделю<br/>___ Психолог, длительность занятий ___ час ___ раз в неделю<br/>___ Дефектолог, длительность занятий ___ час ___ раз в неделю<br/>___ АВА-терапевты, длительность занятий ___ час ___ раз в неделю<br/>___ Эрготерапевт, длительность занятий ___ час ___ раз в неделю<br/>___ Нейропсихолог, длительность занятий ___ час ___ раз в неделю<br/>___ Игротерапевт, длительность занятий ___ час ___ раз в неделю<br/>___ Другие специалисты _____<br/>_____</p> <p>Присутствие родителя на занятиях: ___ Да ___ Нет<br/>Участие родителя в занятии: ___ Да ___ Нет</p> |                                                                      |
| 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>                                                                                                                                                                            | <p>Тип организации:</p> <p>ДЕТСКИЙ САД:</p> <p>___ Нейротипичная группа<br/>___ Группа детей с ОВЗ<br/>___ Ресурсная группа<br/>___ Полный день<br/>___ Неполный день</p> <p>ШКОЛА:</p> <p>___ Индивидуальное обучение</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                      |

|   |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Групповое обучение<br><input type="checkbox"/> Ресурсный класс<br><input type="checkbox"/> Надомное обучение<br><b>СПЕЦИАЛЬНЫЙ ЦЕНТР</b><br><input type="checkbox"/> Групповые занятия<br><input type="checkbox"/> Индивидуальные занятия<br>Другое, опишите _____<br>_____<br>_____ |
| 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?

---



---



---



---



---

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. Самара \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г.  
Я, \_\_\_\_\_,  
Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_,  
являющийся представителем субъекта персональных данных

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество ребенка полностью)

действующий от имени субъекта персональных данных на основании закона, принимаю решение о предоставлении моих персональных данных, персональных данных лица, представителем которого я являюсь, и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своём интересе – **Автономной некоммерческой организации содействия социальной адаптации семьи и детей «Центр развития социального интеллекта», 446206, Самарская область, г. Новокуйбышевск, ул. Репина, д. 1А** - в целях оказания благотворительной помощи и реализации уставной деятельности автономной некоммерческой организации содействия социальной адаптации семьи и детей «Центр развития социального интеллекта».

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество; домашний адрес; номер телефона; адрес электронной почты; паспортные данные: серия, номер, кем выдан, дата выдачи, сведения о регистрации; д

Наименование лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению оператора (если обработка будет поручена такому лицу): Фонд президентских грантов, министерство экономического развития и инвестиций Самарской области, Благотворительный фонд Владимира Потанина, Благотворительный фонд Тимченко.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: **обработка будет осуществляться путем смешанной (автоматизированной и неавтоматизированной) обработки персональных данных (сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных).**

Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом: 5 лет.

Подпись субъекта персональных данных: \_\_\_\_\_

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ (ПДн), РАЗРЕШЕННЫХ СУБЪЕКТОМ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ДЛЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ

г. Самара \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 года  
Я, \_\_\_\_\_,

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_,  
являющийся представителем субъекта персональных данных

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество ребенка полностью)

принимаю решение о предоставлении моих ПДн (ПДн лица, представителем которого я являюсь) и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своём интересе (интересах моего доверителя) – Автономной некоммерческой организации содействия социальной адаптации семьи и детей «Центр развития социального интеллекта», 446206, Самарская область, г. Новокуйбышевск, ул. Репина, д. 1А, ИНН 6330044913, ОГРН 1146300002254 для распространения на сайте <https://www.smc63.ru>, группах ВК <https://vk.com/mcultura>, [https://vk.com/afinskaay\\_shkola](https://vk.com/afinskaay_shkola) в целях оказания благотворительной помощи и реализации уставной деятельности АНО содействия социальной адаптации семьи и детей «Центр развития социального интеллекта».

Категории и перечень ПДн, на обработку которых дается согласие субъекта ПДн: персональные данные (фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, место рождения), адрес, семейное положение, образование, фото и видео изображения, другая информация, относящаяся к субъекту персональных данных

Специальные категории ПДн: нет.

Биометрические ПДн: нет.

Категории и перечень ПДн, для обработки которых субъект ПДн устанавливает условия и запреты, а также перечень устанавливаемых условий и запретов: нет.

Условия, при которых полученные ПДн могут передаваться оператором, осуществляющим обработку ПДн, только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных ПДн : нет

Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом: 5 лет.

Подпись субъекта персональных данных: \_\_\_\_\_