**KWESTIONARIUSZ SMYKO-MULTISENSORYKA®**

(*proszę o wypełnienie- dzięki temu będę mogła jeszcze lepiej przygotować się do zajęć i maksymalnie dostosować program zajęć dla całej grupy)*

1. Imię i nazwisko dziecka………
2. Data urodzenia/ dokładny wiek w tym momencie………
3. Przebieg ciąży ( leki, nieprawidłowości, leżenie, czynniki ryzyka)………
4. Poród – o czasie czy przedwczesny, SN czy CC (z jakich wskazań), komplikacje i inne czynniki zakłócające przebieg porodu……….
5. Liczba punktów Apgar, stan zdrowia dziecka po urodzeniu, max. poziom bilirubiny jeśli wystąpiła żółtaczka…..
6. Czy były problemy ze ssaniem po porodzie? Karmienie malucha KP czy mlekiem modyfikowanym?................
7. Stan aktywności w wieku niemowlęcym: kolki, płaczliwość, problemy z usypianiem i snem, duża aktywność, ospałość itp……
8. Rozwój ruchowy: podnoszenie głowy……., obracanie się………., siadanie…………, czworakowanie…….., chodzenie (dzieci starsze)…………..
9. Rozwój mowy: gaworzenie………….., pierwsze słowa…………..
10. Jak maluch reaguje na bodźce (reakcja nadmierna/ przestrach, reakcja adekwatna, brak reakcji, poszukiwanie bodźców):

* Słuchowe (głośne dźwięki, wybudzanie się ze snu):
* Dotykowe (przytulanie, czynności higieniczne, ubieranie):
* Wzrokowe (na światło słoneczne, dużo bodźców wzrokowych):
* Ruchowe (zmiana pozycji, bujanie, kołysanie, huśtanie, podrzucanie, jazda wózkiem lub samochodem):
* Czucie głębokie (mocne przytulanie, ściskanie, masowanie, baraszkowanie i siłowanie):

1. Czy coś w rozwoju dziecka niepokoi Panią? O coś chciałaby Pani specjalnie dopytać?.................................................................................................................................................................
2. Mocne strony dziecka ( jakie zabawy i aktywności ) w tym momencie lubi najbardziej…………………………………………………………………………………………………………………
3. Czy dziecko ma alergię, nietolerancję pokarmową? Na co?
4. Czy dziecko jest pod opieką specjalistów? Jakich? …………………………………………………………
5. Czy dziecko ma stwierdzoną epilepsję lub jej podejrzenie?................................................................
6. Grupa, dzień i godzina zajęć SMYKO-MULTISENSORYKA® ………………………………………

*Kwestionariusz nie jest obowiązkowy. Wszystkie dane i informacje są poufne oraz nie są udostępniane osobom trzecim. Pozdrawiam ☺*