

Dotazník pre rodičov novoprijatého dieťaťa do materskej školy

Vážení rodičia,

stojíte pred novou životnou udalosťou, kedy sa Vaše dieťa prvýkrát stane dieťaťom materskej školy. Vzhľadom na to, že každé dieťa je individualitou, inak reaguje na nové životné udalosti, zmeny, ktoré sa v jeho živote udejú. Niektoré deti bez problémov nadviažu kontakt s cudzím človekom, kým iné zasa potrebujú čas, aby mu začali dôverovať. Zverujete nám to najcennejšie, čo máte – Vaše dieťa. Preto našim hlavným cieľom je, aby Vaše dieťa čo najľahšie zvládlo vstup do materskej školy a aby sa cítilo dobre a bezpečne. K tomu však potrebujeme spoznať osobnosť Vášho dieťaťa, čo je cieľom tohto dotazníka. Prosíme Vás, aby ste v každej otázke vybrali jednu – najvhodnejšiu možnosť, prípadne sa vyjadrili na základe vlastnej skúsenosti.

Meno a priezvisko dieťaťa:	Deň nástupu do materskej školy:			
1. Ako oslovujete dieťa doma?				
2. Chodíte so svojím dieťaťom medzi rovesníkov (na ihrisko, do materského centra a pod.)?				
<input type="checkbox"/> áno, často	<input type="checkbox"/> občas	<input type="checkbox"/> nie		
3. Pokúste sa vybrať jeden z najčastejších prejavov správania – aký je záujem Vášho dieťaťa o ostatné deti, keď sa hrá v ich prítomnosti (na ihrisku, v pieskovisku a pod.).				
<input type="checkbox"/> pridá sa k ostatným deťom, je rado v kolektíve	<input type="checkbox"/> hrá sa samo, nejaví záujem o hru iných detí	<input type="checkbox"/> pozoruje iné deti, nehrá sa	<input type="checkbox"/> kazí hru ostatných detí	
<input type="checkbox"/> iné (vyjadrite vlastnú skúsenosť):				
4. Podelí sa Vaše dieťa s ostatnými deťmi o hračky, prípadne dovolí sa chvíľku hrať inému dieťaťu so svojou hračkou?				
<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> občas	<input type="checkbox"/> nikdy	<input type="checkbox"/> neviem	
5. Má Vaše dieťa obľúbenú hračku?		<input type="checkbox"/> áno (akú?):	<input type="checkbox"/> nie	
6. Navštevovalo Vaše dieťa jasle?		<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	
7. Ako reaguje najčastejšie Vaše dieťa na neúspech (napr. nepodarí sa mu postaviť niečo z piesku, nepodarí sa mu vykonať nejakú činnosť a pod.)?				
<input type="checkbox"/> rozplače sa	<input type="checkbox"/> nanovo sa pokúsi vykonať činnosť	<input type="checkbox"/> začne sa venovať inej činnosti	<input type="checkbox"/> neviem	
<input type="checkbox"/> iné (vyjadrite vlastnú skúsenosť):				
8. Ak je to potrebné (nevyhnutné), nechávate svoje dieťa dlhší čas v prítomnosti inej známej dospeléj osoby (napr. starí rodičia, suseda, známi a pod.)?		<input type="checkbox"/> áno, často	<input type="checkbox"/> občas	<input type="checkbox"/> nie
9. Plače Vaše dieťa pri odlúčení od osoby, na ktorú je fixované (t. j. vyžaduje si jej neustálu prítomnosť)?		<input type="checkbox"/> áno, vždy	<input type="checkbox"/> občas	<input type="checkbox"/> nie
10. Ako reaguje Vaše dieťa na prítomnosť neznámych dospelých ľudí, ak s ním prídete do nového, preňho neznámeho prostredia (napr. na návštevu)?				
<input type="checkbox"/> hneď s nimi komunikuje	<input type="checkbox"/> potrebuje čas, aby sa osmelilo	<input type="checkbox"/> celý čas sa drží v prítomnosti rodiča – bojí sa		
<input type="checkbox"/> iné (vyjadrite vlastnú skúsenosť):				
11. Čítate svojmu dieťaťu rozprávky, prípadne pozeráte si rozprávkové knihy?		<input type="checkbox"/> áno, často	<input type="checkbox"/> občas	<input type="checkbox"/> nie

12. Čoho sa najviac obávate v súvislosti so vstupom Vášho dieťaťa do materskej školy? (označiť môžete aj viacero možností)				
<input type="checkbox"/> ranný plač	<input type="checkbox"/> časté choroby	<input type="checkbox"/> emocionálna nepohoda (podráždenosť, úzkosť)	<input type="checkbox"/> odmietanie odpočinku	<input type="checkbox"/> odmietanie stravy
<input type="checkbox"/> vzťah učiteľky k deťom	<input type="checkbox"/> ranné vstávanie	<input type="checkbox"/> samostatnosť pri zvládaní sebaobslužných návykov	<input type="checkbox"/> začlenenie do kolektívu (či si nájde nových kamarátov)	<input type="checkbox"/> iné:
13. Pripravujete svoje dieťa na vstup do materskej školy?			<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
14. Má Vaše dieťa pevný denný režim?			<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
15. Potrebuje Vaše dieťa počas dňa plienku?		<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> len počas spánku, inak nie	<input type="checkbox"/> nie
16. Pomáha Vám dieťa pri upratovaní hračiek, ukladaní oblečenia a pod.?		<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> čiastočne	<input type="checkbox"/> nie
17. V oblasti sebaobslužných návykov (ku každej položke vyberte jednu možnosť):				
	zvláda samostatne	zvláda s pomocou	nezvláda	neviem sa vyjadriť
Vyzuje si samo topánky.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obuje si samo papuče.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vyzlečie si samo jednoduché oblečenie (napr. tepláky, tričko...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umyje a utrie si samo ruky.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokáže jesť samo lyžicou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pije samo z hrnčeka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ktoré choroby dieťa prekonalo?				
19. Navštevujete s dieťaťom ambulanciu špecializovaného lekára? (kardiológ, neurológ, logopéd, psychológ a iné)				
20. Utrpelo dieťa úraz? (uveďte aký)				
21. Dieťa trpí:	<input type="checkbox"/> častými horúčkami	<input type="checkbox"/> angínami	<input type="checkbox"/> nachladením	<input type="checkbox"/> respiračnými ochoreniami
			<input type="checkbox"/> krvácaním z nosa	<input type="checkbox"/> bolesťami hlavy
				<input type="checkbox"/> závratmi
				<input type="checkbox"/> vracaním
22. Užíva dieťa lieky?		<input type="checkbox"/> áno, aké:		<input type="checkbox"/> nie
23. Má dieťa neurotické ťažkosti?		<input type="checkbox"/> pomočovanie	<input type="checkbox"/> nespavosť	<input type="checkbox"/> obhrýzanie nechtov
		<input type="checkbox"/> zajakavosť	<input type="checkbox"/> iné, uveďte:	
24. Má dieťa získanú alebo vrodenú vadu?		<input type="checkbox"/> áno, akú:		<input type="checkbox"/> nie
25. Dieťa má chybu:		<input type="checkbox"/> zraku	<input type="checkbox"/> sluchu	
26. Má dieťa problémy v správaní?		<input type="checkbox"/> áno, aké:		<input type="checkbox"/> nie
27. Má dieťa alergiu?		<input type="checkbox"/> áno, je alergické na:		<input type="checkbox"/> nie

V

dňa

.....
podpis zákonného zástupcu