Powiatowy / Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w …………………….

**Kwestionariusz pomocniczy do oceny pedagogicznej / psychologicznej**

**dołączony do wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności**

**1.** Poniższy kwestionariusz ma na celu zebranie niezbędnych informacji z uwagi na odstąpienie od bezpośredniego badania osoby orzekanej wynikające ze stanu epidemii (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2018 r. poz. 2027 z późn. zm.).

**2.** **Wypełnienie kwestionariusza jest dobrowolne**, jednakże im więcej odpowiedzi zostanie udzielonych, tym bardziej adekwatna będzie ocena specjalisty w składzie orzekającym.

**3.** Informacje uzyskane z kwestionariusza będą przetwarzane wyłącznie przez skład orzekający w ramach postępowania o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności. Wypełniony kwestionariusz zostanie dołączony do akt osoby orzekanej.

**4.** Kwestionariusz wypełnia przedstawiciel ustawowy osoby orzekanej stawiając znak **X** w odpowiednim polu (*w pytaniu może być właściwe więcej niż jedno pole, np. źródło utrzymania rodziców to wynagrodzenie i renta*) lub wpisując odpowiedź we wskazanym miejscu.

**5.** Proszę uzupełnić *Tabelę 14.* na ostatniej stronie kwestionariusza, jeśli chcą Państwo:

a) dopisać dodatkowe informacje, których nie dotyczyły poniższe pytania,

b) uzupełnić odpowiedzi na poniższe pytania, a zabrakło miejsca w wyznaczonym polu,

c) opisać sytuację osoby orzekanej zamiast wypełnienia kwestionariusza.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko dziecka** | **Imię** …………………………………… | **Nazwisko** …................…...……………… |
| **Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego (rodzic / opiekun prawny)** | **Imię** …………………………………… | **Nazwisko** …................…...……………… |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **[ TABELA 1 ] Sytuacja rodzinna DZIECKA** | | | | | | | |
| **wspólne zamieszkiwanie** | **stopień pokrewieństwa** | | | | | | |
| **dziadek** | **babcia** | **ojciec** | **matka** | **brat** | **siostra** | **inne** (kto?) |
| Z kim zamieszkuje dziecko? |  |  |  |  | (jeśli tak, proszę podać  wiek rodzeństwa)  ……………… | (jeśli tak, proszę podać  wiek rodzeństwa)  ……………… | ……………… |
| Kto opiekuje się dzieckiem, gdy rodzic(e) jest / są w pracy? |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **[ TABELA 2 ] Charakterystyka rodziny** | **rodzina pełna** | **rodzina niepełna** | | **zrekonstruowana** | **adopcyjna** | **zastępcza** | **inne** |
| **po rozwodzie** | **po śmierci jednego z rodziców** |
|  | Z kim mieszka dziecko? ……… | Kto zmarł?  ……………… | Od kiedy?  ……………… | Od kiedy?  ………… | Od kiedy?  ………… | Jaki?  ……..….. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ TABELA 3 ] Sytuacja mieszkaniowa RODZINY | | | | |
| **Czy jest w domu?** | **łazienka** | **toaleta** | **kuchnia** | **inne pokoje** (ile?) |
| tak, dostosowane do ograniczeń dziecka |  |  |  | ………………………….. |
| tak, ale niedostosowane do ograniczeń dziecka |  |  |  | ………………………….. |
| nie |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **[ TABELA 4 ] Rodzaj domu** | **blok** | **kamienica** | **dom jednorodzinny** | **inny rodzaj zamieszkania** (jaki?) |
| przy wybranej odpowiedzi, proszę wpisać, **na którym piętrze** jest mieszkanie |  |  |  | ……………………………………. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **[ TABELA 5 ] Charakterystyka domu** | **własny pokój dziecka** | | **własne łóżko dziecka** | | **miejsce do nauki / biurko dla dziecka** | | |
| Czy jest w domu? | **[]** tak | **[]** nie | **[]** tak | **[]** nie (Z kim śpi dziecko? ………………) | **[]** tak | **[]** nie | **[]** nie dotyczy |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ TABELA 6 ] sytuacja materialna RODZINY | | | | | | | | |
| **rodzaj źródła utrzymania** | wynagrodzenie za pracę | renta | emerytura | pomoc społeczna  (w tym 500+) | zasiłek dla bezrobotnych | alimenty | inne (jakie?) | brak |
| ojciec |  |  |  |  |  |  | …………. |  |
| matka |  |  |  |  |  |  | …………. |  |
| inna osoba utrzymująca rodzinę (kto? ……….…) |  |  |  |  |  |  | …………. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ TABELA 7 ] Charakterystyka aktywności indywidualnej DZIECKA (1) | | | | |
| **czynności w zakresie samoobsługi** | | **całkowicie samodzielnie** | **częściowo samodzielnie** | **niesamodzielnie**  (wskutek wieku lub dysfunkcji dziecka) |
| utrzymanie higieny osobistej | mycie całego ciała ( **[]** wanna / **[]** prysznic) |  |  |  |
| mycie dłoni przy umywalce |  |  |  |
| mycie głowy / włosów |  |  |  |
| czesanie się |  |  |  |
| korzystanie z toalety (czynności fizjologiczne) |  |  | Czy dziecko:  **[]** nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych  **[]**  za późno sygnalizuje potrzeby fizjologiczne  **[]** wymaga cewnikowania  **[]** wymaga korzystania  z pampersów  **[]** moczy się w nocy |
| mycie zębów |  |  |  |
| obcinanie paznokci u rąk i nóg |  |  |  |
| ubieranie  i rozbieranie się | przygotowanie ubrań |  |  |  |
| nałożenie ubrań |  |  |  |
| zdjęcie ubrań |  |  |  |
| zapinanie guzików |  |  |  |
| zakładanie i sznurowanie butów |  |  |  |
| spożywanie posiłków | przygotowanie poszczególnych posiłków |  |  |  |
| posługiwanie się sztućcami |  |  |  |
| sięganie po jedzenie |  |  |  |
| rozdrabnianie i wkładanie jedzenia do ust |  |  |  |
| inne czynności | przyjmowanie leków |  |  |  |
| stosowanie zmodyfikowanej diety |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ TABELA 8 ] Charakterystyka aktywności indywidualnej DZIECKA (2) | | | |
| **zdolność dziecka w zakresie komunikowania się** | **pełna** | **ograniczona** | |
| **zdolność do słyszenia**  (Czy została stwierdzona  choroba narządu słuchu? **[]** tak **[]** nie ) |  | **[]** dzieckopotrzebuje wsparcia innej osoby | **[]**  dziecko korzysta z aparatu słuchowego |
| **[]**  dziecko korzysta z innego sprzętu (jaki?) …………………….…………….. |
| **zdolność do widzenia**  (Czy została stwierdzona  choroba narządu wzroku? **[]** tak **[]** nie ) |  | **[]** dziecko potrzebuje wsparcia innej osoby | **[]**  dziecko korzysta z okularów / soczewek |
| **[]** dziecko zna język Braille’a |
| **[]** dziecko korzysta z innego sprzętu (jaki?) ……………………………….….. |
| **zdolność do artykulacji**  **i rozumienia mowy** (kontakt słowny)  (Czy została stwierdzona  choroba narządu mowy? **[]** tak **[]** nie ) | **[]** dziecko mówi wyraźnie | **[]** brak kontaktu słownego | **[]** dziecko zna język migowy |
| dziecko mówi poprawnie:  **[]** prostymi zdaniami  **[]** pełnymi zdaniami  **[]** pojedynczymi słowami | **[]** dziecko nie rozumie mowy | **[]** dziecko korzysta ze środków pomocniczych (jakie?) ………………………..………...…….. |
| **[]** dziecko nie rozumie poleceń | **[]** dziecko porozumiewa się gestem |
| **[]** dziecko potrzebuje wsparcia innej osoby | **[]** dziecko mówi niewyraźnie (np. jąka się) |
| **[]** dziecko mówi niezrozumiale (niegramatyczne wypowiedzi) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ TABELA 9 ] Charakterystyka ROZWOJU RUCHOWEGO DZIECKA (1) | | | | | |
| **zdolność dziecka**  **do przemieszczania się** | **całkowicie samodzielnie** | częściowo samodzielnie (przy asekuracji /  w towarzystwie innej osoby) | częściowo samodzielnie (z pomocą kul, laski, balkonika, wózka inwalidzkiego) | niesamodzielnie (dziecko stale korzysta  z wózka inwalidzkiego) | **niesamodzielnie** (dziecko jest osobą leżącą) |
| zmiana pozycji ciała dziecka |  |  |  |  |  |
| przemieszczanie się dziecka po powierzchniach płaskich |  |  |  |  |  |
| wchodzenie i schodzenie dziecka po schodach |  |  |  |  |  |
| poruszanie się dziecka po domu |  |  |  |  |  |
| wychodzenie dziecka z domu |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ TABELA 10 ] Charakterystyka ROZWOJU RUCHOWEGO DZIECKA (2) | | | | |
| **zdolność dziecka w zakresie ruchu** | | **pełna** | **ograniczona** | **nie dotyczy**  (z uwagi na wiek dziecka) |
| aktywność ruchowa dziecka  (motoryka duża) | skakanie |  |  |  |
| bieganie |  |  |  |
| czołganie się |  |  |  |
| pływanie |  |  |  |
| jazda na rowerze |  |  |  |
| sprawność dłoni  i palców  (motoryka mała) | rysowanie |  |  |  |
| malowanie |  |  |  |
| pisanie | **[]** pismo czytelne | **[]** pismo mało czytelne  **[]** pismo nieczytelne |  |
| wycinanie nożyczkami |  |  |  |
| inne czynności manualne (np. ugniatanie czegoś w dłoni) |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ TABELA 11 ] Sytuacja EDUKACYJNA DZIECKA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ETAP EDUKACYJNY** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| dziecko uczęszcza do | | **[]**  przedszkola | | | | | **[]**  oddziału przedszkolnego w szkole | | | | | | | | | | | | **[]**  przedszkola specjalnego | | | | | | | | | | | | | | | **[]**  przedszkola integracyjnego | | | | | | | | | | | **[]** nie dotyczy (z uwagi na wiek) | | | | | | | | |
| **[]** szkoły ogólnodostępnej | | | | | | **[]** szkoły specjalnej | | | | | | | | **[]**  szkoły / klasy integracyjnej | | | | | | | | | | | | | | **[]**  innej instytucji (jakiej?..................................................................) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| rodzaj szkoły i klasy | | **[]**  szkoła podstawowa | | | | | | | | | | | | | | | | **[]**  technikum | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **[]** liceum | | | | | | | | | | **[]**  szkoła branżowa | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | | | 5 | 6 | | 7 | | 8 | | | | 1 | | | | 2 | | | 3 | | | | 4 | | | | 5 | | | | 1 | | | 2 | | 3 | | 4 | | | 1 | | 2 | | | | 3 |
| inne warunki realizacji obowiązku szkolnego | | Czy dziecko było / jest objęte **nauczaniem indywidualnym**? | | | | | | | | | Czy dziecko miało **odroczony obowiązek szkoln**y? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Czy dziecko **powtarzało klasę**? | | | | | | | | | | | | Czy dziecko uczyło się  w oddziałach szpitalnych? | | | | | | | | | | |
| **[]** tak  - kiedy? ……………………  - z jakiego powodu? ………  ……………………………... | | | | | | | | | **[]** tak  - kiedy? ……………………  - z jakiego powodu? ………  ……………………………... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **[]** tak  - którą? …………  - ile razy? ………… | | | | | | | | | | | | **[]** tak  - w której klasie? …………  - ile razy? …………………. | | | | | | | | | | |
| **[]**  nie | | | | | | | | | **[]**  nie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **[]** nie | | | | | | | | | | | | **[]**  nie | | | | | | | | | | |
| **rodzaj trudności w nauce** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| motywacja | | do chodzenia do przedszkola / szkoły | | | | | | | | | | | **[]** chętnie | | | | | | | | | | | | | **[]** ani chętnie, ani niechętnie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **[]** niechętnie | | | | | | | |
| do nauki | | | | | | | | | | | **[]** wysoka | | | | | | | | | | | | | **[]** ani wysoka, ani niska | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **[]** niska | | | | | | | |
| rozwój ruchowy | | **Czy dziecko uczestniczy w zajęciach ruchowych w przedszkolu / w zajęciach wychowania fizycznego w szkole?** | | | | | | | | | | | | | **[]** tak | | | | | **[]**  tak, ale jest częściowo zwolnione | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **[]**  nie, gdyż jest całościowo zwolnione | | | | | | | | | | | | **[]** nie dotyczy | | |
| wyniki w nauce | | Jakie zajęcia sprawiają dziecku największą trudność? | | | | | | | | | | | | | ………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jakie zajęcia dziecko realizuje z łatwością? | | | | | | | | | | | | | ………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jakie wyniki w nauce osiąga dziecko? | | | | | | | | | | | | | **[]** bardzo dobre | | | | | | | | | | | | **[]** dobre | | | | | | | | **[]** ani dobre, ani złe | | | | | | | | | | | | | **[]** złe | | **[]** bardzo złe | | | |
| Jakie są szczególne osiągnięcia dziecka w przedszkolu / szkole? | | | | | | | | | | | | | **[]** muzyczne | | | | | | | | | **[]** plastyczne | | | | | | | | | | | | **[]** inne (jakie? ……………………………….) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| pomoc w lekcjach | | Czy dziecko wymaga pomocy w odrabianiu lekcji (zadań domowych)? | | | | | | | | | | | | | **[]**  tak (na czym polega pomoc? ………………………………………  …………………………………………………………………………….) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **[]**  nie | |
| [ TABELA 12 ] formy wsparcia DZIECKA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **formy wsparcia aktywności indywidualnej dziecka** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| kompensacja | Dziecko korzysta z przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych lub pomocy technicznych, takich jak: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **[]** gorset | | | | | **[]**  materac przeciwodleżynowy | | | | | | | | | | | | | | | | | **[]** wózek inwalidzki | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **[]** balkonik | | | | | **[]** kule łokciowe | | | | | | | | | | | | | | | | | **[]** inne (jakie? ……………………………………………………....) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| rehabilitacja | **Dziecko korzysta z zabiegów rehabilitacyjnych, usprawniających, terapeutycznych:** | | | | | | | | | | | | | | | | **Jeśli korzysta, to jak często?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Jeśli korzysta, to gdzie są wykonywane zajęcia?** | | | | | | | | | | | | |
| **Ile razy w tygodniu?** | | | | | | | | | | | | | | | **Ile godzin?** | | | | | | | | |
| rehabilitacja usprawniająca | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | **[]** na terenie placówki / ośrodka | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | **[]** w domu | | | | | | | | | | | | |
| gimnastyka korekcyjna | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | **[]** na terenie placówki / ośrodka | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | **[]** w domu | | | | | | | | | | | | |
| terapia logopedyczna | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | **[]** na terenie placówki / ośrodka | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | **[]** w domu | | | | | | | | | | | | |
| terapia psychologiczna | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | **[]** na terenie placówki / ośrodka | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | **[]** w domu | | | | | | | | | | | | |
| terapia integracji sensorycznej | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | **[]** na terenie placówki / ośrodka | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | **[]** w domu | | | | | | | | | | | | |
| inne (jakie? ………………..…………………..) | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | **[]** na terenie placówki / ośrodka | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | **[]** w domu | | | | | | | | | | | | |
| **formy wsparcia dziecka w procesie edukacji** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| wsparcie  w procesie edukacji | **Dziecko korzysta lub korzystało z pomocy psychologiczno-pedagogicznej na terenie przedszkola / szkoły:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Jeśli korzystało, to kiedy? Jak długo?** | | | | | | | | | | | | | **Jeśli korzysta, to jak często?** | | | | | | | | | | | | |
| **Ile razy w tygodniu?** | | | | | | | | | **Ile godzin?** | | | |
| Wczesne Wspomaganie Rozwoju | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
| zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
| zajęcia rozwijające kompetencje społeczno-emocjonalne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
| zajęcia korekcyjno-kompensacyjne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
| terapia logopedyczna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
| opieka ze strony **[]** pedagoga / **[]** psychologa szkolnego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
| inne (jakie? …………………………………………………….) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
| Czy dziecko korzysta lub korzystało z pomocy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej?  (**jeśli tak, to proszę dołączyć do wniosku opinię z PPP**) | | | | | | | | | | | | | | | **[]** nie | | | | | | **[]** tak, korzysta obecnie | | | | | | | | | | | | | | | | | **[]**  tak, korzystało (kiedy? ………………) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Z jakiego powodu?.......................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ TABELA 13 ] fUNKCJONOWANIE SPOŁECZNO-EMOCJONALNE DZIECKA | | | | | | |
| Czy dziecko nawiązuje kontakty społeczne?  (np. komunikacja z dorosłymi) | **[]**  tak | **[]**  nie (dlaczego? …………………………………..….……………….) | | | | |
| Czy dziecko ma kolegów? | **[]**  tak | **[]**  nie (dlaczego? …………………………………..….……………….) | | | | |
| Czy dziecko ma koleżanki? | **[]** tak | **[]**  nie (dlaczego? …………………………………..….……………….) | | | | |
| Czy dziecko sprawia trudności wychowawcze w domu? | **[]**  nie | **[]** tak (jakie? ……………………………………………………………) | | | | |
| Czy dziecko sprawia trudności wychowawcze w przedszkolu / szkole? | **[]** nie | **[]** tak (jakie? ……………………………………………………………) | | | | |
| Jak dziecko funkcjonuje w środowisku zewnętrznym?  (relacje np. z kolegami / koleżankami z podwórka / ulicy, sąsiadami) | **[]**  prawidłowo | | | **[]** nieprawidłowo (dlaczego? ……………………………..…  ……………………………………………………….…………) | | |
| Jak dziecko funkcjonuje w środowisku szkolnym?  (relacje z kolegami / koleżankami z klasy, nauczycielami) | **[]**  prawidłowo | | | **[]** nieprawidłowo (dlaczego? ……………………..…………  ……………………………………………………….…………) | | |
| Jak dziecko radzi sobie z trudnymi sytuacjami? | **[]**  dobrze | | **[]**  ani dobrze, ani źle | | **[]**  źle (dlaczego? …………….…………) | |
| Jak dziecko radzi sobie z chorobą? | **[]**  dobrze | | **[]** ani dobrze, ani źle | | **[]**  źle (dlaczego? ……………..…………) | |
| **[]** dziecko ukrywa chorobę przed rówieśnikami | | | | | |
| **[ TABELA 14 ] MIEJSCE NA DODATKOWE INFORMACJE** | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są prawdziwe.*** | | |
| ……………………….. | ……………… | ………………………………………………………. |
| miejscowość | data | podpis przedstawiciela ustawowego osoby orzekanej |