# Kérdőív

# Kedves Szülők!

# Életük egyik új életeseménye előtt állnak, mikor gyermekük első alkalommal óvodás lesz. Vannak gyermekek, akik probléma nélkül tudnak kapcsolatot teremteni idegen emberekkel, míg másoknak több időre van szükségük a bizalom kiépítésére. Ránk, óvodapedagógusokra bízzák legféltettebb kincsüket- a gyermeküket. Ezért fő célunk, hogy gyermekeik minél könnyebben megbirkózzanak az óvodába lépés nehézségeivel és jól érezzék magukat. Ehhez ismernünk kell gyermekük személyiségét. Az alábbi kérdőívet annak tudatában állítottuk össze, hogy minden gyermek egy egyéniség , eltérő módon reagál az új életeseményekre, változásokra Kérjük Önöket, hogy minden kérdésnél válasszák ki a legmegfelelőbb lehetőséget.

 Köszönjük!

|  |
| --- |
| A gyermek vezeték és keresztneve: Óvodába lépés dátuma: |
| 1. Hogyan szólítják otthon gyermeküket?
 |
| 1. Járnak gyermekükkel kortársak közé / pl. játszótér/

 Igen, gyakran ritkán nem  |
| Válasszák ki gyermekük leggyakoribb viselkedési megnyilvánulását: a jelenlétükben való játék során érdeklődik -e a többi gyermek iránt / játszótéren, homokozóban stb.Csatlakozik a többi gyerekhez, szívesen van kollektívában Egyedül játszik, nem érdeklődik a többiek iránt . Figyeli a gyermeket, nem játszik. Elrontja a többi gyermek játékát. Egyéb / írja le saját tapasztalatát: |
| Megosztja-e gyermekük a többiekkel a játékokat, estleg megengedi-e más gyermeknek, hogy az ő játékával játszon?Igen ritkán soha nem tudom  |
| 1. Van kedvenc játéka? van nincs Milyen?
 |
| Járt bölcsődébe? igen nem  |
| 1. Hogyan reagál leggyakrabban gyermekük a kudarcra / valami nem sikerül neki/ ?

Elsírja magát újból próbálkozik más tevékenységgel kezd foglalkozni nem tudom egyéb Írja le tapasztalatait: |
| 1. Ha szükséges / elkerülhetetlen/, rábízzák gyermeküket hosszabb időre ismerős felnőtt személyre (nagyszülö, szomszéd, ismerös…)?

 Igen, gyakran ritkán nem  |
| 1. Sír gyermekük a legközelebbi személytől való búcsúzáskor (igényli ennek a személynek az állandó jelenlétét)?

 Igen, mindig ritkán nem |
| 1. Hogyan reagál gyermekük ismeretlen felnőttek jelenlétére számára új, ismeretlen környezetben/ látogatóban?

Azonnal kommunikál velük Időre van szüksége , hogy megbátorodjon Mindvégig a szülő mellett tartózkodik- fél  Egyéb/ írja le tapasztalatait:   |
| 1. Olvas gyermekének meséket, néznek mesekönyveket?

 Igen, gyakran ritkán nem |

|  |
| --- |
| 1. Melyek a legnagyobb aggályai gyermeke óvodába lépésével kapcsolatban/ megjelölhet több lehetőséget is:

Reggeli sírás Gyakori megbetegedések Negatív érzelmi megnyilvánulások /szorongás Az étkezés elutasítása Az óvodapedagógus viszonya a gyermekhez Reggeli ébredés  Önállóság az önkiszolgáló tevékenységeknél Beilleszkedés a kollektívába/ talál -e új barátokat Egyéb: |
| 1. Felkészíti Ön gyermekét az óvodalátogatásra? Igen nem
 |
| 1. Van állandó napirendje gyermekének? Igen nem
 |
| 1. Szüksége van gyermekének napközben pelenkára? Igen kizárólag alváskor nem
 |
| 1. Segít Önnek a játékok, ruhák elrakásában? Igen részben nem
 |
| 1. Önkiszolgáló szokások / mindegyiknél válasszon ki egy lehetőséget:

 Önállóan segítséggel nem tudja nem tudom |
| Egyedül veti le a cipőjét |  |  |  |  |
| Egyedül veszi fel a papucsát |  |  |  |  |
| Egyedül vetkőzik |  |  |  |  |
| Egyedül mossa és törli meg a kezét |  |  |  |  |
| Egyedül eszik kanállal |   |  |  |  |
| Egyedül iszik pohárból |  |  |  |  |
| 1. Milyen betegségeken esett át?
 |  |
| 1. Járnak szakorvoshoz gyermekükkel? /kardiológus, neurológus, logopédus, pszichológus stb.
 |  |
| 1. Volt gyermekének balesete/milyen?
 |  |
| 1. Gyermekük leggyakoribb betegségei:
 | Gyakori láz torokgyulladás megfázás légzőszervi betegségek Orrvérzés fejfájás rosszullét hányás |
| 1. Szed gyermeke gyógyszert? Igen nem Milyet?
 |
| 1. Vannak gyermekének neurológiai nehézségei? Ágybavizelés Alvászavar Körömrágás Dadogás

Egyéb , milyenek? |
| 1. Van gyermekének szerzett vagy született rendellenessége? Igen nincs

Milyen? |
| 1. A gyermeke: hallássérült látáskárosult
 |
| 1. Vannak gyermekének viselkedési problémái? Igen nem

Milyenek? |
| 1. Gyermeke allergiás? Igen nem

Mire? |
| 1. Egyéb fontos információk:
 |

Hely: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 A szülők aláírása