

# KWESTIONARIUSZ SENSOMOTORYCZNY

Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna nr 1 w Warszawie

Imię i nazwisko dziecka .....

Data uzupełnienia .....

		<b>CZY PAŃSTWA DZIECKO TOLERUJE:</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>UWAGI</b>
<b>DOTYK NADWRAŻLIWOŚĆ</b>		nowe ubrania, nowe buty, przebieranie się ( <i>podkreśl</i> )			
		sztywne ubrania			
		metki, szwy przy ubraniach			
		obcisłe rzeczy			
		rajstopy, czapki, rękawiczki			
		krótkie/ długie rękawy ( <i>podkreśl</i> )			
		obcinanie paznokci, włosów ( <i>podkreśl</i> )			
		łaskotki			
		mycie pod prysznicem			
		mycie głowy, twarzy, zębów ( <i>podkreśl</i> )			
		czesanie włosów, spinki, gumki ( <i>podkreśl</i> )			
		smarowanie kremem buzi			
		brudne ręce, buzię			
		chodzenie w kapciach, skarpetach			
		chodzenia po trawie, piasku			
		mokre ubranie			
		dotyk innych osób (czy reakcje są przesadne)			
		badania lekarskie			
		deszcz, krople wody na skórze, wiatr			
		zabawy w piasku, z plasteliną, ciastoliną, masą solną			
<b>DOTYK PODWRAŻLIWOŚĆ</b>		<b>CZY PAŃSTWA DZIECKO:</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>UWAGI</b>
		je niejadalne przedmioty			
		gryzie ubrania, włosy, długopisy, rękawy ( <i>podkreśl</i> )			
		często szczypie, gryzie lub drapie siebie lub innych			
		ciągle dotyka przedmiotów			
		ciągle dotyka inne osoby			
		wydaje się, że nie reaguje na ból			
		wielokrotnie dotyka powierzchni lub przedmiotów o szorstkiej fakturze			
		jest nieświadomy brudnej twarzy/ rąk			
		nieustannie zdejmuję buty i skarpetki			
		zachowuje się agresywnie w stosunku do innych/popycha i szturcha inne dzieci			
		często wkłada ręce i przedmioty do buzi			
		siada na dłoniach/ stopach			
<b>WRAŻLIWOŚĆ ORALNA</b>		<b>CZY PAŃSTWA DZIECKO:</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>UWAGI</b>
		preferuje pokarmy o łagodnym smaku			
		preferuje pokarmy o intensywnym, ostrym smaku			
		ma ograniczone menu			
		nadmiernie napycha buzię			
		długo trzyma jedzenie w buzi			
	toleruje pokarmy zimne/ciepłe				

**KWESTIONARIUSZ SENSOMOTORYCZNY**

Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna nr 1 w Warszawie

Imię i nazwisko dziecka .....

Data uzupełnienia .....

<b>PROPRIOCEPCJA</b>	<b>CZY PAŃSTWA DZIECKO:</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>UWAGI</b>
	ma niezdarne ruchy			
	wpada na różne przedmioty			
	ma trudności z wchodzeniem i schodzeniem ze schodów			
	musi patrzeć na to, co robi			
	porusza się ociężale			
	ma trudności z ubieraniem się			
	popycha inne dzieci			
	angażuje zbyt dużo siły w różne działania			
	lubi zeskakiwać z różnych wysokości			
	ma zbyt mocny/ zbyt lekki chwyt			
	łatwo niszczy przedmioty/zabawki			
	lubi zabawy w przepychanie/ zapasy			
	preferuje ciasne ubrania/lubi być szczelnie zawijany			
zgrzyta zębami				
chodzi na palcach				
<b>PRZEDSIONEK</b>	<b>CZY PAŃSTWA DZIECKO:</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>UWAGI</b>
	boi się, unika zabaw takich, jak: bujanie się, kręcenie na karuzeli, podskakiwanie			
	boi się odrywać stopy od podłoża			
	unika ruchu, lubi spokojne zabawy			
	ma chorobę lokomocyjną			
	długo uczyło się jazdy na rowerze			
	ma trudności z wchodzeniem i schodzeniem ze schodów			
	rusza się powoli i ostrożnie			
	lubi intensywne zabawy, wirowanie, kręcenie, bieganie			
	jest ciągle w ruchu, biega, skacze			
	często buja się na krześle			
	przebiera nogami			
	macha/trzepie palcami blisko oczu			
	buja się, kiwa			
<b>KOORDYNACJA</b>	<b>CZY PAŃSTWA DZIECKO:</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>UWAGI</b>
	ma problemy z cięciem nożyczkami, rysowaniem, pisaniem			
	jest niezdarne, często przewraca się			
	długo posługiwało się naprzemiennie prawą i lewą ręką lub nadal nie ma preferencji			
	je niechlujnie			
	ma trudności z posługiwaniem się sztucami			
	ma trudności z łapaniem piłki			
	ma trudności z ubieraniem się/ zapinaniem guzików w trakcie pisania, rysowania, porusza językiem			

**KWESTIONARIUSZ SENSOMOTORYCZNY**

Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna nr 1 w Warszawie

Imię i nazwisko dziecka .....

Data uzupełnienia .....

<b>NAPIĘCIE MIĘŚNIOWE</b>	<b>CZY PAŃSTWA DZIECKO:</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>UWAGI</b>
	jest męczliwe			
	ma obniżone umiejętności skakania, podskakiwania, łapania i rzucania piłki			
	prowadzi siedzący tryb życia			
	zbyt lekko/zbyt mocno ściska przedmioty			
	wygląda na rozluźnione wiotkie			
	kładzie się lub pokłada głowę podczas pracy przy biurku			
<b>SŁUCH</b>	<b>CZY PAŃSTWA DZIECKO:</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>UWAGI</b>
	zatyka uszy na pewne dźwięki, jakie			
	trudno jest mu skupić uwagę w grupie dzieci			
	w głośnych miejscach robi się pobudzony, hałaśliwy lub zalekniony			
	myli się wykonując polecenia słowne			
	lubi pewne dźwięki, jakie?			
	mruczy, śpiewa do siebie w czasie wykonywania zadań			
	nie lubi głośnych miejsc (kino, koncert, centrum handlowe, głośna ulica)			
	często mówi, że mówi się do niego zbyt głośno			
	ma bardzo lekki sen, często się wybudza			
	zwraca uwagę na różne dźwięki (tykanie zegara, odgłosy za drzwiami, szum wody w rurach)			
	wydaje się jakby nie słyszało, co się do niego mówi			
	lubi tłok i gwar uliczny			
	zbyt głośno mówi			
	tworzy wokół siebie hałas			
lubi zabawki, przedmioty wydające dźwięki				
<b>WZROK</b>	<b>CZY PAŃSTWA DZIECKO:</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>UWAGI</b>
	zbiera paproszki z ubrań i podłogi/ przygląda się im			
	krótko skupia wzrok na przedmiocie/rozmówcy			
	często mruga, ma załzawione oczy			
	gubi wyrazy, litery, przy przepisywaniu			
	nie zawsze utrzymuje kontakt wzrokowy			
	myli strony prawa - lewa			

# KWESTIONARIUSZ SENSOMOTORYCZNY

Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna nr 1 w Warszawie

Imię i nazwisko dziecka .....

Data uzupełnienia .....

	<b>CZY PAŃSTWA DZIECKO:</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>UWAGI</b>
<b>WĘCH</b>	często mówi, że coś „śmierdzi”			
	często wącha przedmioty, zabawki			
	wącha jedzenie przed zjedzeniem			
	odmawia zjedzenia niektórych pokarmów ze względu na ich zapach			
	przeszkadza mu zapach perfum, środków kosmetycznych			
	<b>CZY PAŃSTWA DZIECKO:</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>UWAGI</b>
<b>SMAK</b>	nie lubi pokarmów o określonej konsystencji (gładkiej - budyń, zupy krem; grudki-kluski lane, płatki, starte warzywa w zupie)			
	wypluwa jedzenie, odmawia jedzenia pokarmów ze względu na ich smak			
	preferuje pokarmy o ostrym, kwaśnym smaku			
	preferuje pokarmy o łagodnym smaku			
	jest wybredne przy jedzeniu			

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Podpis rodzica/ opiekuna**