

# Kwestionariusz osobowy dziecka

Data.....

Imię i nazwisko dziecka:	
Data urodzenia dziecka:	
Adres zamieszkania:	
E-mail:	
Telefon kontaktowy:	
Czy dziecko jest w trakcie diagnozowania lub ma diagnozę któregoś z zaburzeń rozwojowych? Autyzm? Zespół Aspergera? Inne?	
Z jakich terapii dziecko korzysta/korzystało do tej pory? (właściwe podkreślić)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia logopedyczna</li> <li>• Terapia psychologiczna</li> <li>• Terapia SI</li> <li>• Fizjoterapia</li> <li>• Rehabilitacja</li> <li>• Terapia ręki</li> <li>• Treningi słuchowe (Tomatis, Johansen, Neuroflow)</li> <li>• Terapia behawioralna</li> <li>• Inne (Jakie?)</li> </ul>
Powód zgłoszenia/specjalista	

.....  
Podpis rodzica/opiekuna