



PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA NR 3
01-513 Warszawa, ul. Felińskiego 15, tel. 22 600 21 30, 22 600 21 31

Kwestionariusz sensomotoryczny

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia.....

I. DOTYK	
Przesadnie reaguje na niewielki ból	TAK: <input type="checkbox"/>
Nie zwraca uwagi na drobne skaleczenia	TAK: <input type="checkbox"/>
Lubi aktywności związane z brudzeniem się (malowanie palcami)	TAK: <input type="checkbox"/>
Unika aktywności związanych z brudzeniem (lepienie w plastelinie)	TAK: <input type="checkbox"/>
Nie lubi być niespodziewanie dotykany (lekko)	TAK: <input type="checkbox"/>
Lubi być dotykany (uwielbia to, poszukuje tego)	TAK: <input type="checkbox"/>
Poszukuje fizycznie agresywnego kontaktu (uderza w ludzi, ściany)	TAK: <input type="checkbox"/>
Jest szczególnie łaskotliwy	TAK: <input type="checkbox"/>
Unika używania dłoni do eksploracji dotykowej obiektów	TAK: <input type="checkbox"/>
Preferuje pewne ubrania i/lub narzeka na metki, mówi, że niektóre ubrania drapią są za sztywne	TAK: <input type="checkbox"/>
II. RÓWNOWAGA I RUCH	
Ma słabą równowagę	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma lub miał duże problemy z nauką jazdy na rowerze	TAK: <input type="checkbox"/>
Podpiera głowę podczas rysowania pisania	TAK: <input type="checkbox"/>
Lubi kręcić się na karuzeli, krześle obrotowym	TAK: <input type="checkbox"/>
Często huśta się na krześle lub przyjmuje pozycję głową do dołu	TAK: <input type="checkbox"/>
Uwielbia huśtanie się na huśtawkach	TAK: <input type="checkbox"/>
Uwielbia szybki ruch	TAK: <input type="checkbox"/>
Wygląda na przerażone w przestrzeni (nie huśta się itp.)	TAK: <input type="checkbox"/>
Unika szybkiego ruchu	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma chorobę lokomocyjną	TAK: <input type="checkbox"/>
Lubi ruch który sam inicjuje nie lubi, gdy ktoś nim porusz, huśta	TAK: <input type="checkbox"/>
Nie lubi próbować nowych zadań ruchowych	TAK: <input type="checkbox"/>
Nie lubi wysokości, boi się wspinać	TAK: <input type="checkbox"/>
III. KOORDYNACJA	
Ma problemy z manipulacją (cięcie, rysowanie, zapinanie)	TAK: <input type="checkbox"/>

Jest niezgrabne ruchowo, często przewraca się	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma trudności z uczeniem się nowych aktywności ruchowych	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma trudności z różnicowaniem prawo – lewo (powyżej 7 r.ż.)	TAK: <input type="checkbox"/>
Nie trzyma kartki drugą ręką, gdy pisze lub rysuje	TAK: <input type="checkbox"/>
Źle trzyma ołówek	TAK: <input type="checkbox"/>
Brzydko pisze, nie mieści się w liniach	TAK: <input type="checkbox"/>
Nie potrafi wiązać sznurowadeł, miał trudności z nauczeniem się	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma trudności z posługiwaniem się sztucami	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma trudności w łapaniu i/lub kopaniu piłki	TAK: <input type="checkbox"/>
IV. NAPIĘCIE MIĘŚNI	
Wygląda na rozluźnione, wiotkie	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma nieprawidłową postawę, gdy siedzi lub stoi	TAK: <input type="checkbox"/>
Zbyt mocno ściska przedmioty (np. ołówek)	TAK: <input type="checkbox"/>
Zbyt lekko ściska przedmioty (np. ołówek)	TAK: <input type="checkbox"/>
Szybko się męczy	TAK: <input type="checkbox"/>
Unika zabaw i gier ruchowych	TAK: <input type="checkbox"/>
Podpiera głowę podczas rysowania, pisania	TAK: <input type="checkbox"/>
Raczej prowadzi siedzący tryb życia	TAK: <input type="checkbox"/>
Jest niezgrabne ruchowo	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma trudności z podnoszeniem cięższych przedmiotów	TAK: <input type="checkbox"/>
V. SŁUCH	
Jest zirytowane, pobudzone lub załęcznione w miejscach, gdzie jest głośno	TAK: <input type="checkbox"/>
Jest bardzo wrażliwe na dźwięki	TAK: <input type="checkbox"/>
Trudno mu skupić uwagę w miejscu hałaśliwym	TAK: <input type="checkbox"/>
Myli się wykonując polecenia słowne	TAK: <input type="checkbox"/>
Potrzebuje powtarzania poleceń, wskazówek	TAK: <input type="checkbox"/>
Myli podobne dźwiękowo słowa	TAK: <input type="checkbox"/>
Zatyka uszy na niektóre dźwięki	TAK: <input type="checkbox"/>
Lubi dziwne dźwięki, lubi powtarzać pewne dźwięki	TAK: <input type="checkbox"/>
Mruczy, śpiewa, mówi do siebie podczas wykonywania zadania	TAK: <input type="checkbox"/>
Unika zabawek, innych przedmiotów wydających dźwięki	TAK: <input type="checkbox"/>
VI. WZROK	
Nadwrażliwe na światło; woli światło rozproszone, półmrok	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma problemy z różnicowaniem kształtów	TAK: <input type="checkbox"/>
Krótki okres fiksacji wzrokowej (skupienia wzroku na przedmiocie)	TAK: <input type="checkbox"/>
Z trudnością śledzi poruszający się przedmiot, gubi go	TAK: <input type="checkbox"/>
Często mruga, ma ból głowy, załzawione oczy po czytaniu	TAK: <input type="checkbox"/>

Jest bardzo pobudzone, gdy ma do czynienia z wieloma bodźcami wzrokowymi	TAK: <input type="checkbox"/>
Odmawia zasłaniania oczu, ograniczenia widzenia	TAK: <input type="checkbox"/>
Odwraca litery, sylaby, słowa	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma problemy z przepisywaniem z tablicy, książki	TAK: <input type="checkbox"/>
Mruży oczy podczas słonecznego dnia	TAK: <input type="checkbox"/>
VII. WĘCH	
Nadwrażliwe na pewne zapachy	TAK: <input type="checkbox"/>
Ignoruje nawet ostre i nieprzyjemne zapachy	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma trudności z różnicowaniem zapachów	TAK: <input type="checkbox"/>
Często zatyka nos mówiąc, że „śmierdzi”	TAK: <input type="checkbox"/>
Nie je pokarmów bez wcześniejszego wąchania	TAK: <input type="checkbox"/>
Nadwrażliwe na zapach perfum, mydła, wody kolońskiej	TAK: <input type="checkbox"/>
Lubi wąchać różne rzeczy nie służące do jedzenia	TAK: <input type="checkbox"/>
Lubi mocno doprawione pokarmy	TAK: <input type="checkbox"/>
Preferuje pokarmy o łagodnym smaku	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma łatwy odruch wymiotny na wiele zapachów	TAK: <input type="checkbox"/>
VIII. UWAGA I ZACHOWANIE	
Jest nerwowe, pobudzone	TAK: <input type="checkbox"/>
Jest impulsywne, wrywa się zanim zakończymy instrukcję	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma problemy z organizacją zachowania, wykonywanych zadań	TAK: <input type="checkbox"/>
Nie może dłużej skupić się na zadaniu	TAK: <input type="checkbox"/>
Bardzo lubi biegać, skakać, jest ciągle w ruchu	TAK: <input type="checkbox"/>
Szybko i łatwo pobudzone przez dźwięki, światło itd.	TAK: <input type="checkbox"/>
Niespokojne wówczas, gdy trzeba być cicho i koncentrować się	TAK: <input type="checkbox"/>
Łatwo przechodzi od płaczu do śmiechu	TAK: <input type="checkbox"/>
Szybko się rozprasza	TAK: <input type="checkbox"/>
Lubi biegać podskakiwać, być w ruchu	TAK: <input type="checkbox"/>

.....

.....

(data i podpis rodzica)