# Уважаемые родители первоклассников!

 Психологическая служба школы просит Вас ответить на вопросы, касающиеся самочувствия Вашего ребенка, его адаптации к школе.

 Ваши искренние ответы помогут нам сделать школьную жизнь Вашего ребенка психологически комфортной.( Информация, которую Вы сообщите, является конфиденциальной и не будет использована без Вашего согласия.)

1.Охотно ли идет ребенок в школу?

-          неохотно;

-          без особой охоты;

-          охотно, с радостью.

2.Вполне ли приспособился к школьному режиму? Принимает ли как должное новый распорядок?

-          пока нет;

-          не совсем;

-          в основном  да.

3.Переживает ли свои учебные успехи и неуспехи?

-          скорее нет, чем да;

-          не вполне;

-          в основном, да.

4.Часто ли ребенок делится с Вами школьными впечатлениями?

-          иногда;

-          довольно часто.

5.Каков преобладающий эмоциональный характер этих впечатлений?

-          в основном отрицательные впечатления;

-          положительных и отрицательных примерно поровну;

-          в основном положительные впечатления.

6.Сколько времени в среднем тратит ребенок ежедневно на подготовку к занятиям в школе?

(укажите конкретную цифру) \_\_\_\_\_

7.Нуждается ли ребенок в вашей помощи при выполнении учебных заданий?

-          довольно часто;

-          иногда;

-          не нуждается в помощи.

8.Как ребенок преодолевает трудности в работе?

-          перед трудностями сразу пасует;

-          обращается за помощью;

-          старается преодолеть сам, но может отступить;

-          настойчив в преодолении трудностей.

9.Способен ли ребенок сам проверить свою работу, найти и исправить ошибки?

-          сам этого сделать не может;

-          иногда может;

-          может если его побудить к этому;

-          как правило, может.

10.Часто ли ребенок жалуется на товарищей по классу, обижается на них?

-          довольно часто;

-          бывает, но редко;

-          такого практически не бывает.

11.Справляется ли ребенок с учебной нагрузкой без перенапряжения?

-          нет;

-          скорее нет, чем да;

-          скорее да, чем нет

12. Какие изменения в самочувствии и поведении ребенка Вы отмечаете с того времени, как он пошел в школу? Если эти признаки наблюдались до школы, поставьте галочку слева, если появились сейчас – подчеркните.

 - засыпает с трудом

* долго не может заснуть, хотя очень устал
* внезапно просыпается ночью, плачет
* разговаривает во сне
* просыпается с трудом
* утром сонный и вялый
* недержание мочи
* плохой аппетит
* вялый, уставший, раздражительный, перевозбужденный после школы
* беспричинные боли в животе
* частые головные боли
* болел в сентябре-октябре
* стал сосать пальцы, грызть ногти, кусать губы, ковыряться в носу, теребить волосы или многократно повторять какие-либо действия
* наблюдаются быстрые подергивания (тики)лицевых мышц, плеч, рук и т.п.
* ведет себя как маленький, не соответственно возрасту
* другие изменения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Есть ли в настоящее время у Вашего ребенка хронические заболевания, проблемы со здоровьем?

* да\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* нет

14. Опишите режим дня Вашего ребенка:

* встает в \_\_\_\_\_\_
* в школу идет самостоятельно
* в школу ребенка отводит \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* посещает группу продленного дня с\_\_\_\_\_\_\_\_до\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* из школы возвращается самостоятельно
* из школы ребенка забирает\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* посещает дополнительные занятия, кружки, секции\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_раз в неделю

* делает уроки обычно в группе продленного дня с\_\_\_\_\_\_\_\_до\_\_\_\_\_\_\_\_
* делает уроки дома с\_\_\_\_\_\_\_\_\_до\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* гуляет с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_до\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* смотрит телевизор с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_до\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* играет с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_до\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ложится спать в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ваш ребенок имеет отдельную комнату\_\_\_\_\_\_
* имеет свое место для работы и игр в общей комнате\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. С какими проблемами, связанными с началом школьного обучения, Вы столкнулись?

16. Нуждаетесь ли Вы в нашей помощи и в чем именно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_