**МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ДЕТСКИЙ САД №8»**

Пр-зд Шавырина 3а,3б, 23

**АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ**

КОНСУЛЬТАЦИОННОГО ПУНКТА

**Уважаемые родители! Просим вас принять участие в анкетном опросе.**

Ваши ответы помогут сотрудникам нашего Консультационного пункта *(далее КП)* выявить востребованность специалистов, определить направления работы.

**Контактная информация:**

Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Сведения о ребёнке:**

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО |  |
| Дата рождения |  |
| Каким по счету родился Ваш ребенок |  |

1. **Сведения о родителях** (законных представителях): (для статистики )

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Член семьи** | **ФИО** | **Образование** | **Место работы** | **Дата рождения** |
| Отец |  |  |  |  |
| Мать |  |  |  |  |

**3. Планируете ли Вы получать консультативную помощь в нашем КП. Если «ДА» в какой форме?** (индивидуальные консультации в отсутствие ребенка, индивидуальные консультации в присутствии ребенка, групповые консультации, дистанционные консультации)

1. Да
2. Нет

ФОРМА получения услуги на КП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**4. Консультации каких специалистов хотели бы вы получить?** (поставьте«+»)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ДА** | **НЕТ** |
| Заведующий |  |  |
| Воспитатель |  |  |
| Педагог-психолог |  |  |
| Учитель-логопед |  |  |
| Старшая медицинская сестра |  |  |
| Инструктор по физкультуре |  |  |
| Музыкальный руководитель |  |  |
| Старший воспитатель |  |  |

1. **Какие направления Вам интересны?** (поставьте «+»)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ДА** | **НЕТ** |
| Адаптация ребенка к детскому саду |  |  |
| Развитие детей раннего возраста |  |  |
| Развитие психологических процессов в онтогенезе (внимание, память, мышление, восприятие) |  |  |
| Речевое развитие ребенка |  |  |
| Развитие навыков общения со сверстниками и взрослыми(социализация) |  |  |
| Развитие элементарных математических представлений |  |  |
| Развитие творческих способностей |  |  |
| Физическое развитие |  |  |
| Организация здоровьесберегающей деятельности |  |  |
| Музыкальное развитие |  |  |
| Семейное воспитание |  |  |
| Организация и проведение совместного досуга (активный отдых, праздники) |  |  |
| Коррекция в развитии: | развитие речи |  |  |
| личностных качеств |  |  |
| эмоционально-волевой сферы |  |  |
| психических процессов |  |  |
| физического развития |  |  |
| сенсорного развития |  |  |
| межличностных отношений в семье |  |  |
| познавательной деятельности |  |  |
| другое |  |  |
| Помощь в организации воспитания и развития ребенка с ОВЗ |  |  |

1. **Что ожидаете от сотрудничества со специалистами Консультационного пункта?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Дополнительные сведения о развитии ребенка, которые вы хотите сообщить:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Благодарим за сотрудничество!***

Дата заполнения «\_\_\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)