



KWESTIONARIUSZ SENSOMOTORYCZNY

Imię i nazwisko dziecka:	
Data urodzenia:	

Drodzy Rodzice!

Bardzo proszę o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Zawarte w nim informacje pozwolą mi na lepsze poznanie sytuacji Państwa dziecka, w celu dostosowania planu terapii do indywidualnych potrzeb oraz możliwości Państwa córki/syna, a także ułatwi naszą współpracę.

Wspólnie budujemy przestrzeń wiedzy, umiejętności oraz inspiracji dla komplementarnej i holistycznej pomocy dziecku.

Serdecznie dziękuję!

CZY PAŃSTWA DZIECKO TOLERUJE:		TAK	NIE
DOTYK NADWRAŻLIWOŚĆ	nowe ubrania, nowe buty, przebieranie się		
	szttywne ubrania		
	metki, szwy przy ubraniach		
	obcisłe rzeczy		
	rajstopy, czapki, rękawiczki		
	krótkie rękawy		
	długie rękawy		
	obcinanie paznokci		
	obcinanie włosów		
	łaskotki		
	mycie pod prysznicem		
	mycie głowy i twarzy		
	mycie zębów		
	czesanie włosów, spinki, gumki		
	smarowanie kremem buzi		
	chodzenie w kapciach, skarpetach		
	chodzenia po trawie, piasku		
	mokre ubranie		
	dotyk innych osób		
	badania lekarskie		
deszcz, krople wody na skórze, wiatr			
zabawy w piasku, z plasteliną, ciastoliną, masą solną			

Pozostaniemy w kontakcie!

MOTYLE POMOCY

Pracownia Terapeutyczna Sylwia Ostrowska

NIP 5311721023 | REGON 527105917

600 396 754

motylepomocy@gmail.com

Al. Solidarności 68/U2, O5-135 Wieliszew

www.motylepomocy.com





CZY PAŃSTWA DZIECKO:		TAK	NIE
DOTYK PODWRAŻLIWOŚĆ	je niejadalne przedmioty		
	gryzie ubrania		
	gryzie włosy		
	gryzie długopisy		
	gryzie rękawy		
	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		
	zachowuje się agresywnie w stosunku do innych/ popycha inne dzieci		
	często wkłada ręce i przedmioty do buzi		
	siada na dłoniach		
siada na stopach			
CZY PAŃSTWA DZIECKO:		TAK	NIE
WRAŻLIWOŚĆ ORALNA	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		
	toleruje pokarmy ciepłe		
toleruje pokarmy gorące			
CZY PAŃSTWA DZIECKO:		TAK	NIE
PROPRIOCEPCJA	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			

Pozostaniemy w kontakcie!

MOTYLE POMOCY

Pracownia Terapeutyczna Sylwia Ostrowska

NIP 5311721023 | REGON 527105917

📞 600 396 754

✉️ motylepomocy@gmail.com

📍 Al. Solidarności 68/U2, 05-135 Wieliszew

🌐 www.motylepomocy.com





CZY PAŃSTWA DZIECKO:		TAK	NIE
PRZEDSIONEK	boi się, unika zabaw takich jak: bujanie się, kręcenie na karuzeli itp.		
	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			
CZY PAŃSTWA DZIECKO:		TAK	NIE
KOORDYNACJA	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		
	ma trudności z posługiwaniem się sztuczkami		
	ma trudności z łapaniem piłki		
	ma trudności z ubieraniem się/ zapinaniem guzików		
w trakcie pisania, rysowania, porusza językiem			
CZY PAŃSTWA DZIECKO:		TAK	NIE
NAPIĘCIE MIĘŚNIOWE	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			
CZY PAŃSTWA DZIECKO:		TAK	NIE
WZROK	zbiera paproszki z ubrań i podłogi/ przygląda się im		
	krótco skupia wzrok na przedmiocie/rozmówcy		
	często mruga, ma załzawione oczy		
	gubi wyrazy, litery, przy przepisywaniu		
	nie zawsze utrzymuje kontakt wzrokowy		
myli strony prawa - lewa			

Pozostaniemy w kontakcie!

MOTYLE POMOCY
Pracownia Terapeutyczna Sylwia Ostrowska
NIP 5311721023 | REGON 527105917

600 396 754

motylepomocy@gmail.com

Al. Solidarności 68/U2, O5-135 Wieliszew

www.motylepomocy.com





CZY PAŃSTWA DZIECKO:		TAK	NIE
SŁUCH	zatyka uszy na pewne dźwięki - jakie?		
	trudno jest mu skupić uwagę w grupie dzieci		
	w głośnych miejscach robi się pobudzony, hałaśliwy lub załęczniony		
	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)		
	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		
CZY PAŃSTWA DZIECKO:		TAK	NIE
WĘCH	często mówi, że coś ma nieprzyjemny zapach		
	często wącha przedmioty, zabawki		
	wącha jedzenie przed zjedzeniem		
	odmawia zjedzenia niektórych pokarmów ze względu na ich zapach		
	przeszkadza mu zapach perfum, środków kosmetycznych		
CZY PAŃSTWA DZIECKO:		TAK	NIE
SMAK	nie lubi pokarmów o określonej konsystencji (gładkiej - budyni, 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		

Spostrzeżenia, uwagi, istotne informacje:

.....

.....

.....

.....

.....

Data:

Podpisy Rodziców:

Pozostaniemy w kontakcie!

MOTYLE POMOCY
Pracownia Terapeutyczna Sylwia Ostrowska
NIP 5311721023 | REGON 527105917

600 396 754

Al. Solidarności 68/U2, O5-135 Wieliszew

motylepomocy@gmail.com

www.motylepomocy.com

