

教育心理咨询中心 .....

工作场所:

姓名: ..... 出生日期 .....

居住地, 邮政编码: ..... 电话号码.....

学生的班级: ....., 学校 .....

在 .....

高度机密

## 与父母的通信

亲爱的父母及成人客户,

我们学校将为您的孩子提供专业的咨询服务。为此, 我们还需要您的合作。我们请您认真、真实地完成以下问卷调查。请填写调查问卷的所有部分。

对于多项选择题的答案, 只需:

- (a) 在适当的项目下划线;
- (b) 在适当的情况下, 勾选有正确答案的方框。

您的信息仅被我们用于内部目的, 我们会严格保密。根据欧洲议会和理事会第 2016/679 号条例 (以下简称“条例”), 其内容将受到保护。

在需要检查时, 学校咨询机构将遵循经修订的《教育法》第 82/2015 法令第 16, 16a(3) and (4), 17, 28, 116 条, 并遵照经修订的第 27/2016 号法令第 11, 12, 13, 14, and 15 条的规定。

我们将向接受咨询服务的人提供报告和建议。在报告和建议发布后, 法定代表或成人客户将被告知其内容。

**根据第 72/2005 号法令, 经修订的第 197 号法令, 经修订的第 27/2016 号法令, 法定代表/成人客户的建议:**

1. 在法定代表或成人客户的同意下, 咨询机构的专业人员会提供: 咨询、纠正、有条理的或治疗性的护理, 以及与其他专业工作场所合作的建议。如有必要, 他们还会对儿童、小学生和学生进行检查, 以便由心理学家 (评估智力, 知识, 技能, 学习方式, 个性, 适合未来职业选择) 和特殊教育者 (主要评估阅读和数学技能水平) 制定支持措施。

2.时间强度是与必要的咨询护理性质相对应的 - 大约一到五个小时（取决于难度的性质，只能进行心理或特殊教育检查，或同时进行心理和特殊教育检查）。

3.目的是回答可能有助于缓解或克服辅导寻求咨询者所面临的困难。根据咨询结果，咨询人员将建议适当的纠正程序或由此产生的支持措施。

4.有必要关注在推迟或不遵循建议时可能出现的风险。所提供的服务可能给客户带来不利，特别是如果专家调查结果与客户或其法定代表的期望相矛盾，或者专家以可靠的方式了解到正在计划或已实施的刑事犯罪时（报告义务）。

5.在发现困难的原因和性质之后，我们可以预期从所提供的咨询服务中获益，以及对客户随后进一步教育或培养的适当方式的建议。专业员工的指导也可能有助于减轻或消除客户的困难。

6.在提供咨询之前，法定代表或成人客户需要签署一份提供咨询的知情同意书，该同意书在整个咨询服务期间有效。所提供的服务内容均被记录在案，以使客户的权利不受损害，并保护其私人和个人生活免受未经授权的干扰。

7.家长有权随时要求提供咨询服务的另一项规定，拥有根据《教育法》第 16 条第 5 节发表意见的权利，根据《教育法》第 16b 条要求修改的权利，以及根据《教育法》第 174 (5)条向 CSI 提出投诉的权利。

8.如果咨询服务的结果是做出诊断，则专家应根据经修订的第 27/2016 号法令起草报告和建议。

9.欲了解联系方式、目的和处理过程的法律依据以及您在个人数据保护领域里的权利信息，请访问咨询机构的网站 (<http://www.pepor-plzen.cz/>)。

已处理的个人数据类别可在 PPP 网站上找到.....

如果您无法参加咨询，我们会要求您及时告知，以便我们可以继续邀请其他人。

建议中应说明后续检查的日期。

谢谢您的合作。

于 ..... ..20...

教育心理咨询中心主任

## 个人信息

父亲：名，姓： .....

联系电话： .....电

邮： .....

母亲：名，姓： .....

联系电话： .....电

邮： .....

其他家庭成员是否存在健康、教育或抚养性质的困难？

.....  
.....  
.....

你在家说什么语言？ .....

家庭是否完整：是 - 否，孩子的抚养者是：母亲 - 父亲- 其他人。 .....

共同监护权 是 - 否

寄养：是 - 否

### 继父母，养父母

名，姓： .....

联系电话： .....电

邮： .....

怀孕是：正常的 - 有风险的 母亲有什么不适吗？ 否 - 是

母亲有哪些不适？（呕吐，出血，恶心，疾病 - 何种类型，在哪个月）：

.....

孩子是足月生产 - 早产 - 晚产- 出生于 .....月

出生 正常- 有问题（什么问题）？

.....

出生后，孩子 有- 无经历新生儿复苏， 有 - 无新生儿黄疸， 有 - 无健康问题

(什么问题)? .....

孩子  是母乳喂养的, 直至 ..... 周,  并非母乳喂养。

到目前为止, 孩子患有以下疾病, 例如:

- 麻疹      荨麻疹      中耳炎
- 风疹      扁桃体炎      头部受伤
- 水痘      肠道疾病      脑膜炎
- 腮腺炎      猩红热      其他

孩子是否有严重的疾病?  没有 -  有? 有什么疾病? .....

孩子是否曾住院?  没有 -  有? 在几岁时, 住院多长时间, 原因.....

孩子是否得到专家诊治? (例如心理学家, 精神病学家, 小儿科医师, 神经病学家, 言语治疗师等)  是 -  否

什么方面的专家? .....

孩子开始: 坐立的年龄 ..... 个月大      说话的年龄 ..... 个月大  
                  爬行年龄..... 个月大      说完整句子的年龄 .....

孩子开始保持个人卫生的年龄 .....  
 现在  他尿床  是在晚上 -  在白天 -  他不会尿床。

**大动作技能** (灵巧、控制和姿势, 上肢和下肢的协调 - 例如跳跃, 骑自行车, 滑冰, 滑雪, 跳绳跳绳, 球类运动等):

熟练 -  不熟练的方面: .....

精细运动技能 (手指和发音运动技能 - 例如, 从积木构建, 清晰表达笨拙, 串珠, 切割, 粘合, 处理小物体)

熟练 -   不熟练的方面: .....

在工作和绘画时, 他更喜欢用  右手 -  左手 -  左右手交替使用。

在家庭中, 有惯用左手的人:  是 -  否  
是谁? .....

孩子有：

头痛 惊人的活力 无序紧张  
睡眠障碍 激动 焦虑，不确定性 不服从  
食物紊乱 爆发愤怒 摧毁东西 欺骗撒谎  
言语障碍 反抗 还嘴 攻击性 打架 结结巴巴  
不熟练 迟缓 疲倦 发音困难 胆怯 害羞  
笨拙 注意力不集中 不恰当的句子结构 逃学  
躲避其他孩子 造成冲突 使用错误方式 偷窃  
胡闹 在建立关系时显得被动 词汇量小 性机能障碍

感觉器官疾病：近视，听力障碍， .....

上幼儿园：是 否 从多大开始.....

推迟上学 是 - 否

几岁时： .....

上过预备班：是 - 否？

孩子是否接受过心理或特殊的教育检查？ 是 - 否

何时、何地？ .....

## 二、前往咨询机构的原因

前往咨询机构是由于什么原因.....

应谁的要求：父母 - 学校 - 其他人（谁） .....

描述孩子、小学生、学生，学校在家时的问  
题： .....

.....  
.....  
.....

描述孩子、小学生、学生，学校在学校里的问题： .....

.....  
.....  
.....

.....  
.....

\* 作为学校活动的一部分，该客户参加了：  
学校俱乐部  是 -  否  
学校内的业余爱好小组  是 -  否

客户在校外参加一个兴趣爱好小组儿童中心  是 -  否  
音乐学校  是 -  否

\*) 每日平均学习时间约：.....

\*) 孩子学习  有规律 -  没有规律 -  只是有时学习 -  从不学习

\*) 学习态度： 自觉学习，没有怨言 -  需要偶尔监督  需要不断的监督

\*) 自己学习  是 -  否 在学习时需要帮助 .....

\*) 注意：如果是幼儿园儿童则无需填写

### 三、结论

共同监护权：是 - 否

在共同监护的情况下，报告将由以下方接收  母亲 -  父亲 -  法定代表人 .....

我承认，如果咨询服务的结果是建议为1至5年级有特殊教育需求的儿童、学生和学生提供支持措施，则该项建议必须要发送到学校/学校相关机构。

我知道如果此问卷未完整填写，则不能进行进一步的咨询，因为根据经修订的第72/2005号法令和第27/2016号法令，申请人未就履行咨询服务的目的提供必要的合作。

于 .....日期 .....

.....  
签名

其他评语：