**Индивидуально-дифференцированный подход в обучении детей СКК с учетом видов ЗПР**

***В современной школе принято выделять два основных вида дифференциации обучения школьников****:*

***1. Внешняя дифференциация***, предполагающая создание особых типов школ и классов, в которые зачисляются дети с определенными индивидуальными особенностями.

 ***2. Внутренняя дифференциация***, предполагающая организацию работы внутри класса группам учащихся, с одними и теми же более или менее устойчивыми индивидуальными особенностями. Большинство исследователей считает подобную работу важнейшим средством реализации индивидуального подхода к учащимся в процессе обучения.

Остановимся на внутренней уровневой дифференциации.

 Очень часто внутреннюю дифференциацию называют уровневой дифференциацией. Два разных термина ("внутренняя” и "уровневая” дифференциация) отражают два аспекта педагогического процесса. Когда говорят "внутренняя дифференциация”, то подразумевают, что дифференцированное обучение осуществляется "внутри” одного и того же класса, а не в разных классах, как это имеет место при внешней дифференциации. Когда говорят "уровневая дифференциация”, то имеют в виду, что различные учащиеся достигают различных уровней усвоения учебного материала - в соответствии со своими способностями, возможностями и желаниями.

Когда мы говорим об уровневой дифференциации обучения, мы подразумеваем ***четыре аспекта:***

***1. Разработка критериев выбора уровневой дифференциации.***

***2. Планирование результатов обучения на выбранные уровни обучения.***

***3. Осуществление уровневого обучения.***

***4. Уровневая оценка результатов обучения.***

Дифференцированное обучение – это

1) форма организации учебного процесса, при которой учитель работает с группой учащихся, составленной с учетом наличия у них каких – либо значимых для учебного процесса общих качеств (гомогенная группа);

2) часть общей дидактической системы, которая обеспечивает специализацию учебного процесса для различных групп обучаемых.

Образование и развитие ребенка с ОВЗ строится в соответствии с его специфическими природными возможностями. Коррекционная работа создает дополнительные возможности для процесса компенсации утраченных функций. Дифференцированный подход к детям с ОВЗ в условиях коллективного учебного процесса обусловлен наличием вариативных типологических особенностей даже в рамках одной категории нарушений, т.е. это деление детей на микрогруппы. Деление это условно и непостоянно, т.к. по мере продвижения вперед ребенок переходит в другую микрогруппу, более высокого уровня.

Обучение каждого на уровне его возможностей и способностей. Приспособление (адаптация ) обучения к уровню и особенностям развития различных групп учащихся. Дифференцированное обучение (по Серикову В. В.) не занимается формированием личности с заранее заданными свойствами, а создаёт условия для полноценного проявления и соответственно развития личностных функций субъектов образовательного процесса.

 Развитие учеников должно происходить не за счет усиленной нагрузки тренировочными заданиями, а в результате предоставления им возможности принимать посильное участие в коллективном поиске нового на уроке, включаться в активную познавательную деятельность, следовательно, необходимо создать условия для того, чтобы каждый ученик мог полностью реализовать себя, свои индивидуальные особенности и стал подлинным субъектом учения, желающим и умеющим учиться.

**Виды дифференцированных заданий зависят от целей, которые ставит учитель**. Их можно выстроить в следующую систему.

 1. Предварительные задания по уровню трудности: облегченному, среднему, повышенному.

2. Общее для всего класса задание с предложением системы дополнительных заданий возрастающей степени трудности.

3. Индивидуальные дифференцированные задания.

4. Групповые дифференцированные задания с учётом различной подготовки учащихся.

 5. Упражнения с указанием минимального и максимального количества заданий для обязательного выполнения.

 6. Индивидуально-групповые задания, предлагаемые в виде запрограммированных карточек.

Рассмотрим наиболее ***типичные приёмы и виды дифференцированных заданий.***

-Учитель готовит два-три варианта заданий. Учащиеся сами выбирают вариант, или каждый вариант учитель заранее предназначает определённой группе учеников.

  Отдельным группам даётся разъяснение возможных затруднений с целью предотвращения ошибок. Этот приём характерен для этапа первичного закрепления, когда происходит, по сути, "доусвоение” нового материала и выявляются пробелы. Некоторым учащимся оказывается помощь .В первом классе это проводится учителем устно. В последующих классах дозированная помощь включается в текст самого дифференцированного задания, которое чаще всего предъявляется на карточках.

 Слабым учащимся для самостоятельной работы нередко даются облегчённые карточки-задания алгоритмического вида, продвинутым учащимся - задания на перенос знаний и умений в изменённую или новую ситуацию. Таким образом, дифференцированный подход на этапе закрепления и применения знаний осуществляется преимущественно в виде заданий различной трудности и характера. Наиболее удобно применять их в форме индивидуальных карточек.

Образование и развитие ребенка с ОВЗ строится в соответствии с его специфическими природными возможностями. Коррекционная работа создает дополнительные возможности для процесса компенсации утраченных функций. Дифференцированный подход к детям с ОВЗ в условиях коллективного учебного процесса обусловлен наличием вариативных типологических особенностей даже в рамках одной категории нарушений, т.е. это деление детей на микрогруппы. Деление это условно и непостоянно, т.к. по мере продвижения вперед ребенок переходит в другую микрогруппу, более высокого уровня.

***В плане первопричины, структуры нарушений, прогноза различные варианты ЗПР значительно*** отличаются друг от друга. Причины возникновения ЗПР различны. Основной причиной является слабовыраженные органические повреждения головного мозга, которые могут быть врожденными или возникли при родовом или раннем периоде жизни ребенка, могут быть неблагоприятные течения беременности, патология родов, социальные факторы: педагогическая запущенность, ограниченные эмоциональные контакты с ребенком на ранних этапах развития, двуязычие. ЗПР не передается по наследству, но в некоторых случаях наблюдается генетическая обусловленность недостаточности ЦНС.

Выделяют два варианта ЗПР: медицинский и педагогический.

***Медицинский.*** На основе неврологического анализа у детей раннего возраста предложили выделить 2 типа ЗПР исходя из недоразвития.

***1.******Доброкачественная или неспецифическая ЗПР*.** Сюда относятся ЗПР, связанные, прежде всего с эмоциональной незрелостью ребенка, слабостью мотивации поведения: игровой характер интересов, неспособность к волевому усилию. ***Это так называемый неосложненный психический и психофизический инфантилизм.***

***Психический инфантилизм –*** такое состояние психики ребенка, при котором его эмоционально-волевая сфера соответствует уровню развития ребенка более младшего возраста. При этом варианте ведущая роль отводится замедлению темпа созревания лобных и лобно-диэнцефальных систем мозга, в норме обеспечивающих как уровень развития личности, так и формирование целенаправленной деятельности.

**2 *Специфическая или церебрально-органическая ЗПР,*** связанная с повреждением мозговых структур и их функций. Это задержка развития, обусловленная нарушением познавательной деятельности и работоспособности, в связи с повышенной истощаемостью психических функций. Причиной этого являются патология беременности и родов, черепно-мозговые травмы и болезни первых лет жизни. Такая задержка кроме всего прочего, проявляется различными психоневрологическими нарушениями.

Разграничение специфической и неспецифической задержки очень важна, так как речь идет в плане определения интенсивности и методов стимуляции возрастного развития, прогноза эффективности лечения, обучения и социальной адаптации.

***Педагогическая систематика ЗПР***  по принципу происхождения.

***1. ЗПР конституционального происхождения*.** Речь идет о так называемом гармоническом инфантилизме. При этом варианте эмоционально-волевая сфера находится на более ранней ступени развития, во многом напоминая нормальную структуру эмоционального склада детей более младшего возраста. Характерны преобладание эмоциональной мотивации поведения, повышенный фон настроения, непосредственность и яркость эмоций при их поверхностности и нестойкости, легкая внушаемость. Затруднения в обучении таких детей в младших классах связаны с незрелостью мотивационной сферы и личности в целом, преобладанием игровых интересов. Часто психический инфантилизм сочетается с инфантильным типом телосложения.

***2. ЗПР соматогенного происхождения*.** Этот тип аномалии развития обусловлен длительной соматической недостаточностью различного генеза: хроническими инфекциями и аллергическими состояниями, врожденными и приобретенными пороками развития соматической сферы, в первую очередь, порок сердца. В замедлении темпа развития этих детей значительная роль принадлежит стойкой астении, которая снижает не только общий, но и психический тонус. Нередко имеет место и задержка эмоционального развития – соматогенный инфантилизм, обусловленный рядом невротических наслоений – неуверенностью, боязливостью, капризностью, связанными с ощущением своей физической неполноценности, а иногда и с режимом определенных ограничений и запретов, в которых находится соматически ослабленный или больной ребенок.

***3. ЗПР психогенного происхождения*.** Этот тип ЗПР связан с неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребенка. Неблагоприятные средовые условия, рано возникающие, длительно действующие и оказывающие травмирующее влияние на психику ребенка, могут привести к стойким сдвигам его нервно-психической сферы. Сначала нарушаются вегетативные функции, затем и все психическое, прежде всего, эмоциональное развитие. В эти случаях речь идет о патологическом развитии личности. ЗПР психогенного происхождения наблюдается, прежде всего, при аномальном развитии личности по типу ***психической неустойчивости***, чаще всего обусловленном явлениями ***гипоопеки*** - условиями безнадзорности, когда у ребенка не воспитывается чувство долга и ответственности, не стимулируется также развитие и познавательной деятельности, интеллектуальных интересов и установок. Черты патологической незрелости эмоционально-волевой сферы (в виде лабильности, импульсивности, повышенной внушаемости) у таких детей часто сочетаются с недостаточным уровнем знаний и представлений, необходимых для усвоения школьных предметов.

Вариант аномального развития по типу ***кумира семьи*** обусловлен, наоборот, ***гиперопекой.*** Ребенку не прививаются черты самостоятельности, инициативы, ответственности. При этом у ребенка наряду с малой способностью к волевому усилию, формируются черты эгоцентризма, эгоизма, нелюбовь к труду, установка на постоянную помощь и опеку.

Вариант развития личности по ***невротическому типу*** чаще наблюдается у детей, в семьях которых имеют место дисгармоничные отношения между родителями вплоть до развода, недостаток теплоты в общении между родителями и ребёнком, грубость, жестокость, деспотичность, агрессия к ребенку и другим членам семьи. Часто формируется личность робкая, боязливая. Эмоциональная незрелость у такого ребенка проявляется в недостаточной самостоятельности, нерешительности, малой активности и инициативности, неуверенности в себе.

***4. ЗПР церебрально-органического происхождения*.**

Этот тип ЗПР занимает основное место при данной аномалии развития. Он встречается значительно чаще других типов, обладает большей стойкостью и выраженностью нарушений как эмоционально-волевой сферы, так и познавательной деятельности.

*Изучение анамнеза* таких детей часто показывает наличие негрубой органической недостаточности нервной системы, чаще резидуального характера: патологию беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации, травмы, несовместимость крови матери и плода по различным факторам, недоношенность, асфиксия в родах, болезни первых лет жизни и т.д.) По некоторым данным почти 70% ЗПР обусловлено именно такими нарушениями. У таких детей имеется замедление возрастных фаз развития: ребенок позже, чем в норме начинает ползать, стоять, ходить, говорить, у него позже формируются различные умения и навыки, этапы игровой деятельности. Часто наблюдаются задержки физического развития (недоразвитие роста, мускулатуры, недостаточность мышечного и сосудистого тонуса). Нередко наблюдается общая гипотрофия. *В неврологическом плане*: часто встречаются гидроцефальные явления, нарушения черепно-мозговой иннервации, явления вегето-сосудистой дистонии и др. Для этого варианта ЗПР часто употребляется термин *«минимальная мозговая дисфункция».*

У ребёнка отсутствует живость, яркость эмоций. Такие дети характеризуются слабой заинтересованностью в оценке, низким уровнем притязаний. Внушаемость выражена особенно сильно, имеется элемент некритичности. Для игры характерны бедность воображения и творчества, монотонность и однообразие.

Нарушения познавательной деятельности при этом типе ЗПР обусловлены недостаточностью памяти, внимания, инертностью психических процессов, их медлительностью и пониженной переключаемостью, а также дефицитарностью отдельных корковых функций (недоразвитие фонематического слуха, зрительного и тактильного восприятия, оптико-пространственного синтеза, моторной и сенсорной стороны речи, долговременной и кратковременной памяти, зрительно-моторной координации). Нередко обнаруживается плохая ориентировка в «правом-левом», явления зеркальности в письме. При этом отмечается определенная локальность, мозаичность нарушений отдельных мозговых функций. Поэтому одни дети преимущественно испытывают трудности при овладении чтением, другие – письмом, третьим – счетом, четвертые обнаруживают наибольшую недостаточность двигательной координации и т.д.

На данный момент работаю 2-й год учителем специального (коррекционного) класса 7 вида. В классе 8 учащихся, из них 1 учащемуся рекомендована программа 6 вида (ДЦП), 1 учащемуся – программа 4 вида (слабовидящий). Все дети очень разные по симптоматике и развитию. За 1-й год обучения почувствовала необходимость изучить ЗПР по типам, их симптоматику, особенности обучения и прогноз по динамике развития и обучения. В течение года собирала информацию по проблеме индивидуально-дифференцированного подхода в обучении детей с ЗПР.

**Этапы работы:**

1. Изучение литературы по данному вопросу.

2.Выделение особенностей каждого вида ЗПР: первопричины, наследственных факторов, социальной среды, сохранных функций, проблемных зон.

3. Составление таблиц по каждому виду ЗПР.

4. Составление анкет для родителей.

5. Анализ медицинских данных каждого ребенка.

6.Изучение результатов диагностики психолога и логопеда.

7. Составление таблицы класса по всем параметрам ЗПР.

1. Прогноз динамики развития и обучения каждого ученика класса.

9. Вывод.

10. Учет полученных данных для построения дифференцированного обучения.

Таблица 1. Характеристика ЗПР различного генеза

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Виды ЗПР | Причины | Сохранные функции | Проблемные зоны | Характеристика личности ребенка  | Прогноз по динамике развития и обучения |
| **конституционного** типа или гармонический психофизический инфантилизм | ***наследственность*** семейной конституции; в своем замедленном темпе развития ребенок, как бы повторяет жизненный сценарий отца или матери | относительно ***сохраненная, но замедленная*** по сравнению с нормой ***познавательная деятельность*** | незрелость одновременно психики и телосложения  | -наблюдается несоответствие психического возраста его паспортному возрасту (7 лет соответствует 4 – 5 годам)-повышенный фон настроения, непосредственность и яркость эмоций при их поверхностности и нестойкости-легкая внушаемость - преобладание игровых интересов (превращают учебную деятельность в доступную им игровую)- плохо с каллиграфией, но хорошо рисует- их поведение дезорганизует класс -часто инфантильный тип телосложения  | ***благоприятный*** прогноз развития к ***10 – 12 годам*** при условии целенаправленного педагогического воздействия ***в занимательной, игровой*** форме |
| **психогенного** типа | ***неблагоприятные средовые условия***, рано возникающие, длительно действующие и оказывающие травмирующее влияние на психику ребенка (дети из дет.домов, неблагополучных семей) | нормальное физическое развитие, соматически здоровы | патологическая незрелость эмоционально-волевой сферы- мозговая дисфункция- ***задержка речевого развития*** | ***при гипоопеке- ЗПР*** по типу ***психической неустойчивости*** (у ребенка не воспитывается чувство долга и ответственности, не стимулируется также развитие и познавательной деятельности, интеллектуальных интересов и установок. ***-при гиперопеке ЗПР по типу кумира семьи*** (не прививаются черты самостоятельности, ответственности, способности к волевому усилию; формируются черты эгоцентризма, нелюбовь к труду, установка на постоянную помощь и опеку)- ***при дисгармоничных отношениях*** в семье (развод, грубость, жестокость, деспотичность, агрессия) - ЗПР по ***невротическому типу*** ( робкий, тревожный, мало активный и неуверенный в себе)  | ***благоприятный*** прогноз обучения при условии индивидуального подхода, достаточной интенсификации обучения- ***затруднена динамика по речи*** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Соматического** типа | длительные ***хронические заболевания, стойкие астении*** (нервно-психическая слабость клеток головного мозга).Такие дети рождаются ***у здоровых родите******лей,*** первичный интеллект не снижается, но в силу своей истощенности оказывается крайне нетрудоспособным в школе. | относительно сохраненный интеллект(*в состоянии работоспособности могут усваивать учебный материал*) | -нерезко выраженная мозговая дисфункция в сочетании со снижением психического тонуса-задержка эмоционального развития | - трудности в адаптации, часто плачут-не умеют себя защитить-со взрослыми вежливы, адекватны- без руководящего воздействия педагога неорганизованны, беспомощны-в состоянии утомления ответы становятся нелепыми-часто говорят «не знаю, не могу»- ***критичны к себе***, осознают и болезненно переживают неудачи -неуверенность, капризность, связанные с ощущением своей физической неполноценности, а иногда и с режимом определенных ограничений и запретов-головная боль, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, на этом фоне внимание снижается, память и интеллектуальное напряжение удерживается на очень короткое время | ***прогноз*** по динамике развития и обучения ***незначительный, зависит от состояния здоровья;*** необходимо создать ***охранительный медикаментозно- педагогический режим*** |
| **Церебрально-органического** типа | грубые и стойкие локальные разрушения созревания мозговых структур (созревание коры головного мозга) в результате органических причин  |  - | ***Мыслительные операции*** по показателям продуктивности ***приближены к УО*** -познавательная деятельность значительно снижена -незрелостьэмоционально-волевой сферы-задержка физического развития |  -слабая заинтересованность в оценке, низкий уровень притязаний –некритичность к себе инертность психических процессов, их медлительность и пониженная переключаемость-непереносимости дискомфорта-плохая ориентировка в «правом-левом»-зеркальное письмо -***мозаичность нарушений*** отдельных мозговых функций (одни дети преимуще-ственно испытывают трудности при овладении чтением, другие – письмом, третьим – счетом) -знания усваивают ***фрагментарно***, быстро забываются | ***неблагоприятный*** прогноз по динамике развития и обучения; необходима систематическая комплексная помощь **медика,** психолога, дефектолога |

**Таблица 2. Анализ особенностей ЗПР учащихся 2 «Г» специального (коррекционного) класса**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя | Органические причины | Наследственные, средовые факторы | Состояние здоровья | Особенности познавательной сферы | Особенности эмоционально-волевой сферы | Особенности физического развития | Особенности мотивационной сферы | Особенности речевого развития | Предполагаемый тип ЗПР |
| Рустам Г. | длительный стресс во время бер-ти | алкоголизм | ММДстатус слабовидящего | нарушения познават. сферы в целом | незрелость, некритичен к себе | норма | преобладание игровых интересов | нарушение связной речи | ЗПР церебрально-органич. типа, осложненная сензетивными нарушениями  |
| Александр И. | - | гипоопека | норма | снижена познават. активность и самост-ть | незрелость | норма | учебная мотивация низкого уровня | нарушение связной речи | ЗПР психогенного типа |
| Гамия К. | - | двуязычие, гиперопека | гиподинамия | нарушение мышления, снижена познават. активность и самост-ть | незрелость | макросомия | мотивация внешняя | двуязычие | ЗПР психогенного типа, осложненная двуязычием |
| Екатерина Л. | ранние роды | мама испытывала подобные трудности | норма | негрубые нарушения познават. сферы | незрелость, застреваемость на эмоциях | микросомия | учебная мотивация среднего уровня | норма | ЗПР конституционного типа |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Наталия Л. | тяжелая степень ДЦП | - | не ходит самостос-но, не говорит | незрелость всей познават. сферы | незрелость | с особенностями ДЦП | мотивация учебная среднего уровня | нет устной речи | ЗПР церебрально-органич. типа с ДЦП |
| Илья Р. | патология родов | - | на учете у невролога | нарушения внимания, интуитивного мышления | инфантильность | физический инфантилизм | преобладание игровых интересов | стойкая задержка речевого развития | ЗПР церебрально-органич. типа |
| Вячеслав Т. | патология родов | мама испытывала подобные трудности до 7 класса | снят с учета невролога | нарушения внимания, памяти, всех видов мышления | незрелость | макросомия | преобладание игровых интересов | норма | ЗПР церебрально-органич. типа |
| Кирилл Ф. |  тяжелые роды | двуязычиеподобные проблемы у отца | проблемы неврологического характера | нарушения внимания, зрительно-моторной координации, дрожащее письмо | незрелость | норма | преобладание игровых интересов | невротическое заикание | ЗПР соматического типа, осложненного двуязычием |

Таблица 3.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Виды ЗПР | Кол-во человек | Прогноз по динамике развития и обучения |
| 1 | конституционного типа | 1ч | ***благоприятный*** прогноз развития к ***10 – 12 годам*** при условии целенаправленного педагогического воздействия ***в занимательной, игровой*** форме; мотивирования семьи; |
| 2 | соматического типа, осложненного двуязычием | 1ч | ***прогноз*** по динамике развития и обучения ***незначительный, зависит от состояния здоровья;*** необходимо создать ***охранительный медикаментозно- педагогический режим*** |
| 3 | психогенного типа | 1ч | ***благоприятный*** прогноз обучения при условии индивидуального подхода, достаточной интенсификации обучения, мотивирования семьи; |
| 4 | психогенного типа, осложненного двуязычием | 1ч | ***благоприятный*** прогноз обучения при условии индивидуального подхода, достаточной интенсификации обучения; ***затруднена динамика по речи*** |
| 5 | церебрально-органического типа | 1ч | ***неблагоприятный*** прогноз по динамике развития и обучения; необходима систематическая комплексная помощь ***медика,*** психолога, дефектолога |
| 6 | церебрально-органич. типа с тяжелой степенью ДЦП  | 1ч | ***неблагоприятный*** прогноз по динамике развития и обучения; необходима систематическая комплексная помощь ***медика*,** психолога, дефектолога; индивидуальный маршрут по программе VI вида |
| 7 | церебрально-органич. типа, осложненного сензетивными нарушениями (слабовидящий) | 1ч | ***неблагоприятный*** прогноз по динамике развития и обучения; необходима систематическая комплексная помощь ***медика,*** психолога, дефектолога; индивидуальный маршрут по программе IV вида |

 ***Анкета для родителей***

***Уважаемые родители, помогите нам лучше узнать Вашего ребенка, чтобы мы помогли ему правильно начать обучение в школе!***

1. Как проходила Ваша беременность?
-сохранение в больнице\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-тяжелый токсикоз\_\_\_\_\_\_\_\_

-вирусный грипп\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Особенности течения родов:

-недоношенность\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-родовая травма\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-асфиксия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.Чем болел ребенок на первом году жизни? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Как Вы сейчас оцениваете его здоровье?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.Есть ли в семье прямые родственники вашего ребенка с алкогольной зависимостью?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.Был ли у Вашего ребенка возраст «почемучек»? Когда? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Как Вы реагировали на его вопросы?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.Были ли у Вас, обоих родителей, проблемы с обучением в школе? Какие?

В каких классах?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Как часто Вы занимались с ребенком в дошкольном детстве? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9 Каким Ваш ребенок был в дошкольном детстве?

-активным

-пассивным

-любознательным

-непоседливым

-агрессивным

-непослушным

-послушным

-тревожным

-неуверенным в себе

-другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Хотел ли Ваш ребенок идти в школу?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Может ли Ваш ребенок выполнять домашние задания самостоятельно или только с Вашей помощью?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. О каких особенностях ребенка, важных для обучения, Вы хотите еще рассказать?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_