

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
Viện Khoa học Giáo dục Việt Nam



KHẢO SÁT TRẺ KHUYẾT TẬT MẦM NON

Họ và tên trẻ:..... Nam Nữ

Ngày, tháng, năm sinh:/...../..... Dân tộc:.....

Địa chỉ gia đình:.....

Điện thoại: E-mail:.....

Họ và tên mẹ..... tuổi.....

Nghề nghiệp.....

Họ và tên bố..... tuổi.....

Nghề nghiệp.....

- Trẻ sống với cha mẹ Trẻ sống với cha hoặc mẹ
 Trẻ sống với người bảo trợ Trẻ sống ở trại trẻ hoặc cơ sở từ thiện
 Trẻ ở hoàn cảnh khác:

Điều kiện kinh tế gia đình: Khá Trung bình Khó khăn

Mức độ quan tâm đến trẻ: Rất quan tâm Quan tâm Ít quan tâm

Nhà trẻ Mẫu giáo bé (mầm)

Mẫu giáo nhỡ (chồi) Mẫu giáo lớn (lá)

Tên, địa điểm trường, điểm trường, chương trình can thiệp sớm:

.....

Chưa được can thiệp sớm Chưa đi học Bỏ học

Lí do:

- Chưa có chương trình can thiệp sớm Được can thiệp nhưng không tiến bộ
 Trường không nhận Cha mẹ không cho đi học Kinh tế khó khăn

Lý do khác:

.....

CÁC LĨNH VỰC PHÁT TRIỂN CỦA TRẺ

	M0	M1	M2	M3	M4
Trí tuệ	Bình thường <input type="checkbox"/>	Trẻ học, hiểu chậm hơn so với các bạn <input type="checkbox"/>	Trẻ học, hiểu chậm hơn nhiều so với các bạn <input type="checkbox"/>	Trẻ học, hiểu được ít hơn rất nhiều so với các bạn <input type="checkbox"/>	Trẻ hầu như không hiểu được gì <input type="checkbox"/>
Ngôn ngữ nói	Bình thường <input type="checkbox"/>	Trẻ nói không rõ một số âm so với các bạn <input type="checkbox"/>	Trẻ nói được nhưng tiếng nói khó hiểu <input type="checkbox"/>	Trẻ phát ra được âm thanh nhưng không thể nói được <input type="checkbox"/>	Không phát ra âm thanh <input type="checkbox"/>
	Sút môi đã phẫu thuật <input type="checkbox"/>	Sút môi chưa phẫu thuật <input type="checkbox"/>	Trẻ hở vòm miệng đã phẫu thuật <input type="checkbox"/>	Trẻ hở vòm miệng chưa phẫu thuật <input type="checkbox"/>	Dạng khác:
Thính giác	Bình thường <input type="checkbox"/>	Trẻ nghe được hầu hết các âm thanh nhưng không nghe được tiếng nói thầm sát tai <input type="checkbox"/>	Trẻ nghe được tiếng nói to nhưng không nghe được tiếng nói chuyện bình thường ở khoảng cách 1m <input type="checkbox"/>	Trẻ nghe được tiếng nói rất to sát tai <input type="checkbox"/>	Trẻ chỉ nghe được âm thanh to như tiếng sấm, tiếng trống, tiếng còi.. <input type="checkbox"/>
Thị giác	Bình thường <input type="checkbox"/>	Trẻ phân biệt được hình dạng nhưng đôi khi nhầm lẫn <input type="checkbox"/>	Trẻ phân biệt lò mớ hình dạng của vật <input type="checkbox"/>	Trẻ chỉ phân biệt được sáng tối <input type="checkbox"/>	Trẻ không phân biệt được sáng tối. <input type="checkbox"/>
	Lác <input type="checkbox"/>	Sụp mí <input type="checkbox"/>	Mù màu <input type="checkbox"/>	Biểu hiện khác <input type="checkbox"/>	
Vận động	Bình thường <input type="checkbox"/>	Vận động khó khăn hơn trẻ cùng lứa tuổi nhưng không cần dụng cụ trợ giúp. <input type="checkbox"/>	Vận động được khi có dụng cụ trợ giúp <input type="checkbox"/>	Vận động được khi có dụng cụ và người trợ giúp <input type="checkbox"/>	Mất khả năng vận động <input type="checkbox"/>
Khó khăn khác	Biểu hiện:				
				
				
				
				

Trẻ đã được khám/chẩn đoán về khó khăn không? Không Có
 Lần gần đây nhất Địa điểm.....

 Kết luận của cơ quan chuyên môn:

KẾT LUẬN

1) Dạng khuyết tật chính

- Trí tuệ Ngôn ngữ
- Thính giác Vận động
- Thị giác Đa tật
- Dạng khác:

2) Mức độ khuyết tật: M 1 M 2 M 3 M 4

3) Nhu cầu hỗ trợ

- Can thiệp sớm Hỗ trợ kỹ năng đặc thù
- Giáo dục hòa nhập Khác

Nhu cầu cụ thể:

..... ngày tháng năm 2010

Người khảo sát:

Nơi công tác:

Chức vụ:



THÔNG KÊ SỐ LIỆU TRẺ KHUYẾT TẬT

Tỉnh:

Tổng số trẻ em	nam	nữ	Tổng số
0-3 tuổi			
4- hết 6 tuổi			
Tổng số			

Thực trạng giáo dục trẻ khuyết tật

Dạng khuyết tật	0-3 tuổi		4-6 tuổi		Tổng số	Được can thiệp sớm	Đang học	
	nam	nữ	nam	nữ			Hòa nhập	chuyên biệt
Khiếm thính								
Khiếm thị								
Khuyết tật trí tuệ								
Khuyết tật ngôn ngữ								
Khuyết tật vận động								
Dạng khác								
Đa tật								
Tổng số								

....., ngày... tháng năm 2010

Xác nhận cơ quan

Người lập phiếu