**Frågeformulär inför 5-årsbesök**

Läs igenom frågorna och försök besvara dem. Om något känns svårt eller om du är osäker så pratar vi mer om det vid ert besök hos oss.

Om ditt barn går i förskola eller hos dagbarnvårdare, prata med personalen som kan ge dig extra information

**Matsituation**

Fungerar matsituationen bra? JA NEJ

Äter ditt barn specialkost (vegan, gluten el mjölkfritt)? JA NEJ

Vad dricker ditt barn till maten? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har ditt barn varit hos Tandhälsovården? JA NEJ

Borstar du barnets tänder varje dag? JA NEJ

**Hälsa och välbefinnande**

Är ditt barn torr på dagen? JA NEJ

Är ditt barn torr på natten? JA NEJ

Har ditt barnproblem med förstoppning? JA NEJ

För dig som har en pojke, är bägge testiklarna på plats i pungen? JA NEJ

Har ditt barn något hälsoproblem? JA NEJ

Allergi/astma Hörselnedsättning Hjärtfel Mag-tarmsjukdom Annat

Tycker du ditt barn sover bra? JA NEJ

Tycker du att ditt barn mår bra JA NEJ

**Språk och språkutveckling Ringa in det svar som passar bäst**

Om ni pratar fler språk än svenska, vilka språk pratar ni då? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kan ditt barn berätta och beskriva så att du förstår? JA NEJ

Kan ditt barn lyssna och förstå när ni pratar med varandra? JA NEJ

Förstår ditt barn när andra frågar och berättar? JA NEJ

Brukar ditt barn prata mycket när hen leker själv eller med andra? JA NEJ

Tycker du att ditt barn har begrepp om tid? JA NEJ

(som idag, i morgon, i går, i morse, i kväll)

**Högläsning**

Läser ni för ert barn? Varje dag Någon gång per vecka Sällan eller aldrig

Besöker ni och lånar böcker på biblioteket? JA NEJ Ibland

Tycker ditt barn om att lyssna på sagor? JA NEJ

Har ditt barn börjat leka med bokstäver och läsning? JA NEJ

Tittar ditt barn på TV/Skärmplatta mer än en timme/dag? JA NEJ

(barnprogram, Youtube-klipp, film eller spel).

Tittar ditt barn själv eller sitter ni och tittar tillsammans? Själv Tillsammans med vuxen

**Lek och Motorik**

Tycker du att ditt barn har lätt att hoppa, klättra, springa, cykla? JA NEJ

Tycker du att ditt barn har bra balans/ gå balansgång? JA NEJ

Tycker du ditt barn har lätt för att rita, pyssla, klippa, bygga lego? JA NEJ

Tycker du att ditt barn kan koncentrera sig en längre stund? JA NEJ

Kan barnet vänta på sin tur? JA NEJ

Kan ditt barn lyssna på andra barn och ta instruktioner i leken? JA NEJ

Kan barnet delta i lek- och gruppaktiviteter utan ängsla eller oro? JA NEJ

När ditt barn blir arg på andra barn, hur reagerar hen då? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Inför skolan – vad har hänt under förskole tiden?**

Har ditt barn haft extra stöd under förskole tiden? JA NEJ

(logoped/specialpedagog/psykolog/habiliteringen/BUP/sjukgymnast)

Vill du informera skolans elevhälsa om något speciellt? JA NEJ

**Övriga frågor ni vill diskutera?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tack för era svar! Glöm inte att ta med det ifyllda frågeformuläret till besöket.**

Blanketten kommer att hanteras som en del av barnets journal.