|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ХАРКІВСЬКИЙ**  **НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНИЙ**  **КОМПЛЕКС №179**  **ХАРКІВСЬКОЇ**  **МІСЬКОЇ РАДИ**  **ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ** | | **ХАРЬКОВСКИЙ**  **УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫЙ**  **КОМПЛЕКС №179**  **ХАРЬКОВСКОГО**  **ГОРОДСКОГО СОВЕТА**  **ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ** | |
|  |  | |  |

**НАКАЗ**

27.09.2017 № 204

Про проведення поглибленого

профілактичного медичного огляду

учнів Харківського навчально-

виховного комплексу № 179

у 2017/2018 навчальному році

На виконання Постанови Кабінету Міністрів України від 08.12.2009 №1318 “Про затвердження Порядку здійснення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів” зі змінами, внесеними Постановою Кабінету Міністрів від 05 серпня 2015 № 568 “Про внесення змін до пункту 4 Порядку здійснення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів”, рішення 28 сесії Харківської міської ради 5 скликання від 03.12.2008 № 329/08 “Про затвердження плану заходів щодо організації та проведення профілактичних медичних оглядів учнів загальноосвітніх навчальних закладів усіх типів та форм власності міста Харкова”, відповідно до спільного наказу Департаменту охорони здоров'я Харківської міської ради та Департаменту освіти Харківської міської ради від 20.09.2017 № 430/217 “Про організацію та проведення поглиблених профілактичних медичних оглядів учнів загальноосвітніх навчальних закладів усіх типів та форм власності м. Харкова у 2017/2018 навчальному році”, наказу Управління освіти адміністрації Шевченківського району Харківської міської ради від 26.09.2017 № 224 “Про організацію та проведення поглиблених профілактичних медичних оглядів учнів загальноосвітніх навчальних закладів усіх типів і форм власності

Шевченківського району у 2017/2018 навчальному році”, з метою подальшого

моніторингу стану здоров’я школярів та забезпечення проведення поглибленого профілактичного медичного огляду учнів Харківського навчально-виховного комплексу № 179 (далі - ХНВК № 179) у 2017/2018 навчальному році

НАКАЗУЮ:

1. Гусельніковій І.А., заступнику директора з НВР:

1.1. Забезпечити здійснення організаційних заходів щодо інформування всіх учасників навчально-виховного процесу про порядок проведення профілактичного медичного огляду учнів у 2017/2018 навчальному році.

До 30.09.2017

1.2. Забезпечити інформування батьків або законних представників учнів про дату, місце проведення поглиблених профілактичних медичних оглядів, можливість присутності батьків або законних представників під час огляду та отримати зворотну інформацію від них у письмовій формі про згоду на проведення огляду та стан здоров’я дитини (додаток 4).

Упродовж навчального року

1.3. Забезпечити підготовку приміщень для проведення профілактичного медичного огляду учнів відповідно до санітарних норм і правил.

До 03.10.2017

1.4. Укомплектувати медичний кабінет ХНВК № 179 аптечкою для надання невідкладної медичної допомоги, одноразовими шпателями та гумовими рукавичками для проведення медичного огляду відповідно до кількості учнів.

Упродовж навчального року

1.5. Сформувати та надати у медичний кабінет ХНВК № 179 списки учнів по кожному класу.

До 02.10.2017

1.6. Спільно з класними керівниками провести анкетування батьків або законних представників (опікунів) учнів ХНВК № 179 щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем з використанням примірних переліків питань до профілактичної консультації за встановленими формами (додатки 5, 6).

За результатами анкетування здійснити узагальнення отриманої інформації, визначити дітей, які відносяться до групи ризику, забезпечити проведення профілактичної роботи та розповсюдження санітарно-освітніх матеріалів, у разі необхідності рекомендувати батькам звернутись до відповідних фахівців. Узагальнену інформацію про проведену роботу надавати до Управління освіти адміністрації Шевченківського району Харківської міської ради за встановленою формою (додаток 7).

Щоквартально до 13 числа

наступного за звітним місяцем

2. Сороці Н.М., сестрі медичній старшій:

2.1. Скласти реєстр учнів, віднесених до підготовчої та спеціальної груп, відповідно до Інструкції про розподіл учнів на групи для занять на уроках фізичної культури, затвердженої спільним наказом Міністерства охорони здоров’я України та Міністерства освіти і науки України від 20.07.2009 №518/674, за результатами проведення поглибленого профілактичного медичного огляду учнів ХНВК № 179.

Упродовж навчального року

2.2. Інформувати Управління освіти адміністрації Шевченківського району Харківської міської ради про хід проведення поглиблених профілактичних медичних оглядів учнів ХНВК № 179 за встановленою формою (додатки 1, 2, 3).

Щомісячно,

з 13.11.2017 по 13.06.2018

2.3. Узагальнювати інформацію про кількість школярів, направлених на дообстеження, та надавати її до Управління освіти адміністрації Шевченківського району Харківської міської ради.

Щоквартально до 13 числа

наступного за звітним місяцем

3. Бондаревій Н.Є., відповідальній за офіційний сайт ХНВК №179, розмістити

даний наказ на сайті навчального закладу.

До 29.10.2017

4. Контроль за виконанням даного наказу залишаю за собою.

Директор Харківського

навчально-виховного комплексу №179 Д.А. Левітіна

З наказом ознайомлені:

Гусельнікова І.А.

Сорока Н.М.

Плотникова О.М.

Печериця Н.В.

Федорова А.М.

Калмикова Д.С.

Отенко Ю.Л.

Данильчук Л.І.

Додаток 1

до наказу від 27.09.2017 № \_\_\_\_

Інформація про хід проведення поглиблених профілактичних медичних оглядів учнів

ЗНЗ №\_\_\_ Шевченківського району м. Харкова

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № з/п | Назва загальноосвітнього навчального закладу | Загальна кількість учнів (мережа станом на 05.09.2017) | Дати проведення поглибленого профілактичного медичного огляду у навчальному закладі | Кількість приміщень, виділених для проведення поглибленого профілактичного медичного огляду | Склад бригад лікарів (перелік лікарів-спеціалістів) | Кількість учнів, які направлені на дообстеження за результатами поглибленого профілактичного медичного огляду | Кількість учнів, які були обстежені |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Додаток 2

до наказу від 27.09.2017 № \_\_\_\_

Інформація про охоплення поглибленими профілактичними медичними оглядами учнів ЗНЗ № \_\_\_

(станом на \_\_\_\_)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| К-сть дітей, які підлягають оглядам  (абс.) | К-сть  оглянутих  (абс.) | Практично  здорові | | К-сть дітей, що перебувають на диспансерному обліку | | К-сть дітей, направлених на дообстеження  (з числа оглянутих) | | К-сть не оглянутих дітей  (відсутній у школі, відмова батьків | | Розподіл дітей по групах для занять фізкультурою | | | | | | Звільнені від фізкультури | |
| основна | | підготовча | | спеціальна | |
| Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Примітка: звіт подавати станом на 15.11.2017; 15.12.2017 і т.д. (1 раз на місяць до 16.06.2018 або

до закінчення профілактичних оглядів відповідно до графіку) у порядку зростання.

Додаток 3

до наказу від 27.09.2017 № \_\_\_\_

Інформація про виявлену патологію при проведенні поглиблених профілактичних медичних оглядів

учнів ЗНЗ №\_\_\_

(станом на \_\_\_)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| спеціаліст | Підлягало оглядам | | Оглянуто | | Виявлено патології | | в т.ч. вперше | |
| Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Наявна патологія**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | В тому числі: | | | |
|  | Всього  виявлено патології | % від  оглянутих | Вперше  виявлена патологія | % від  виявленої  патології | Хронічна патологія | % від  виявленої патології |
| Хвороби органів дихання |  |  |  |  |  |  |
| Хвороби серця та кровообігу |  |  |  |  |  |  |
| Хвороби органів травлення |  |  |  |  |  |  |
| Хвороби ендокринної системи |  |  |  |  |  |  |
| Хвороби сечовивідної системи |  |  |  |  |  |  |
| Хвороби органів зору |  |  |  |  |  |  |
| Хвороби ЛОР органів |  |  |  |  |  |  |
| Хвороби нервової системи |  |  |  |  |  |  |
| Хвороби кістково-м’язової системи |  |  |  |  |  |  |
| Хірургічна патологія |  |  |  |  |  |  |
| Гінекологічна патологія |  |  |  |  |  |  |
| Стоматологічна патологія |  |  |  |  |  |  |

Примітка: звіт подавати станом на 15.11.2017, 15.12.2017 і т.д. (1 раз на місяць до 16.06.2018 або до закінчення профілактичних оглядів відповідно до графіку) у порядку зростання.

Додаток 4

до наказу від 27.09.2017 № \_\_\_\_

**А Н К Е Т А**

**(інформація щодо стану здоров’я учня)**

**Прізвище, ім’я учня \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Домашня адреса, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Школа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ клас\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Скарги на стан здоров’я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Перенесені хвороби \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Чи перебуває дитина під диспансерним наглядом, у якого спеціаліста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Особливості поведінки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Чи відвідує дитина спортивну секцію, яку, як давно \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Додаткова інформація, яка може бути врахована при проведенні медичного огляду дитини \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата заповнення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ підпис батьків \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Примітка: анкета заповнюється батьками дитини напередодні профілактичного медичного огляду учня та надається класному керівнику**

Додаток 5

до наказу від 27.09.2017 № \_\_\_\_

**Примірний перелік питань до профілактичної консультації**

**для батьків або законних представників учнів загальноосвітніх**

**навчальних закладів віком від 6 до 8 років щодо виявлення**

**факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем**

А) **Сімейний захист щодо появи наркотичних/алкогольних проблем у дитини**

**Інструкція:** будь ласка, відзначте свою відповідь на запропоновані нижче питання позначкою «+»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Питання** | **Відповідь** | |
| **Так** | **Ні** |
| 1. Чи є у Вашій родині чіткі правила щодо вживання алкоголю? |  |  |
| 2. Чи є у Вашій родині чіткі правила щодо вживання наркотиків? |  |  |
| 3. Чи є у Вашій родині чітка система сприйнятливих винагород та покарань щодо поведінки дитини? |  |  |
| 4. Чи цікавитесь Ви (будете цікавитися) шкільним життям своєї дитини? |  |  |
| 5. Чи цікавитесь Ви (будете цікавитися) позашкільним життям своєї дитини? |  |  |
| 6. Чи маєте Ви за правило святкувати маленькі перемоги або здобутки Вашої дитини та інших членів вашої родини? |  |  |
| 7. Чи розповідає дитина про свій день: хороші події? |  |  |
| 8. Чи розповідає дитина про свій день: погані події? |  |  |
| 9. Чи цікавитесь Ви думкою дитини щодо перегляду певного телевізійного сюжету або фільму? |  |  |
| 10. Чи шукаєте Ви разом з дитиною якусь корисну інформацію в Інтернеті, книгах або журналах? |  |  |
| 11. Чи спілкуєтесь Ви з дитиною на різні теми, окрім її навчання? |  |  |
| 12.Чи знаєте Ви друзів своєї дитини? |  |  |
| 13.Чи маєте Ви з дитиною спільний активний відпочинок? |  |  |
| 14. Чи виконуєте Ви спільно з дитиною повсякденні обов’язкові або сезонні роботи (наприклад, по дому, на городі, дрібний ремонт, догляд за квітами тощо)? |  |  |

Чим більше позитивних відповідей Ви відзначили, тим менший ризик появи наркотичних або алкогольних проблем має Ваша дитина.

**Рекомендація:** якщо Ви відзначили відповіді з позначкою «Ні», варто переглянути свої стосунки з дитиною і частіше спілкуватися з нею.

**Б) Особистісний захист щодо появи наркотичних/алкогольних проблем у дитини**

**Інструкція:** будь ласка, відзначте свою відповідь на запропоновані нижче питання позначкою «+»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Питання** | **Відповідь** | | |
| **Так** | **Ні** | **Не знаю** |
| 1. Чи поважає себе Ваша дитина? |  |  |  |
| 2. Чи є дитина для Вас особистістю, яка має право на повагу? |  |  |  |
| 3. Чи розмовляли Ви з дитиною про те, що саме їй подобається в собі? |  |  |  |
| 4. Чи даєте Ви своїй дитині можливість самостійно знаходити вихід із складних ситуацій в житті? |  |  |  |
| 5. Чи проявляє дитина твердість в ситуаціях, які потребують відповіді: «Так» або «Ні»? |  |  |  |
| 6. Чи знає дитина, що означає слово «успіх»? |  |  |  |
| 7. Чи знаєте Ви, в яких ситуаціях дитина почуває себе невпевненість у собі? |  |  |  |
| 8. Чи має дитина можливість висловлювати власну точку зору на те чи інше питання? |  |  |  |
| 9. Чи просите Ви пробачення у своєї дитини, коли неправі? |  |  |  |
| 10. Чи звертались Ви коли-небудь за порадою до дитини? |  |  |  |
| 11. Чи відчуває дитина, що вона не байдужа для Вас? |  |  |  |
| 12. Чи знає дитина, що означає «тиск» з боку інших людей? |  |  |  |
| 13. Чи знає дитина, як поводити себе в ситуаціях «тиску з боку інших людей»? |  |  |  |
| 14. Чи були в родині ситуації, коли дитина повинна була самостійно прийняти рішення? |  |  |  |
| 15. Чи знає дитина, як ефективно пережити невдачу? |  |  |  |
| 16. Чи були в родині ситуації, коли дитина самостійно вирішила конфлікт? |  |  |  |
| 17. Чи вміє дитина говорити «Ні» та аргументувати власну позицію відмови? |  |  |  |
| 18. Чи обговорюєте Ви з дитиною причини її невдач та можливі шляхи подолання проблем? |  |  |  |

Чим більше позитивних відповідей Ви відзначили, тим ефективніший особистісний захист від появи наркотичних/алкогольних проблем має Ваша дитина.

**Рекомендація:** якщо Ви відзначили відповіді з позначкою «Ні» або «Не знаю», варто звернути увагу на ці питання та по можливості обговорити їх з дитиною. Деякі з вищезазначених питань потребують тренування дитини (наприклад розвиток впевненості, вміння відмовляти тощо). Звертайтесь час від часу до питань анкети у продовж років навчання дитини у школі, щоб зменшити ризики та підсилити особистий захист дитини

Додаток 6

до наказу від 27.09.2017 № \_\_\_\_

**Примірний перелік питань до профілактичної**

**консультації для батьків або законних представників учнів загальноосвітніх навчальних закладів віком від 9 до 18 років**

**щодо виявлення факторів ризику алкогольних**

**та наркотичних проблем**

А) **Виявлення ризику наявності ознак вживання наркотичних речовин у дитини або підлітка**

**Інструкція:** будь ласка, відзначте знаком «+» з наведених нижче ознак ті, які Ви помічали в поведінці своєї дитини або в її зовнішньому вигляді.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ранні ознаки вживання наркотичних речовин** | **Відповідь** |
| Різкі зміни у поведінці (необґрунтована агресивність, злобність, замкнутість, зміна кола друзів, неохайність), що не були властивими раніше |  |
| Поява проявів обману, відчуженості, що не були властивими раніше |  |
| Зникнення цінних речей і грошей з дому, крадіжки |  |
| Відсутність зацікавленості до навчання, праці, захоплень, телебачення, Інтернету тощо |  |
| Знаходження шприців, голок, гумових джгутів, таблеток, наркотичних речовин, целофанових пакетів, клею |  |
| Наявність слідів від ін’єкцій на будь-яких частинах тіла, особливо на передпліччі |  |
| Розлади сну (безсоння або надзвичайно тривалий сон, сон удень, важке пробудження та засипання) |  |
| Розлади апетиту (різке підвищення апетиту або його відсутність, вживання незвичайних за обсягом кількостей солодощів, поява надзвичайної спраги) |  |
| Коливання розміру зіниць (зіниці різко розширені або звужені до шпилькової голівки) та кольору шкіру (різко бліда, сірувата) |  |

Якщо Ви маєте позитивні відповіді, у Вас є причини почати турбуватися.

**Рекомендації:** спочатку перевірте Ваші підозри. Ознаки вживання наркотиків можуть бути різними, залежно від того, якій кількості та комбінації вживає дитина. Якщо підозри підтвердились, застосуйте рекомендовані в інформаційних листках дії батьків у таких ситуаціях.

**Б) Наскільки добре я знаю свою дитину**

**Інструкція:** будь ласка, підкресліть обрані Вами варіанти відповідей на запропоновані питання. Відповідей може бути декілька.

**Яка музика подобається моїй дитині?**

* класична
* рок
* поп-музика
* джаз
* не слухає музику
* не знаю

**Що любить читати моя дитина?**

* наукова література
* художні твори
* журнали, газети
* інтернет-сторінки
* не читає взагалі
* не знаю

**Що любить робити моя дитина у вільний час?**

* грати за комп’ютером
* проводити час з родиною
* проводити час з друзями
* дивитися телевізор, відео
* займатися спортом
* займатися творчістю
* інше (…………………………………..)
* не знаю

Будь ласка, запишіть відповіді на запропоновані питання:

* Яка улюблена страва моєї дитини?
* Які улюблені кольори моєї дитини?
* Які телепередачі любить дивитися моя дитина?
* Про що мріє моя дитина?
* Що засмучує мою дитину найбільше?
* В яких ситуаціях моя дитина почуває себе невпевнено?
* Чи подобаюсь я своїй дитині?

**Рекомендації:** якщо Ви не знаєте відповіді на наведені питання, варто поспостерігати за дитиною, більше часу проводити з нею і, головне, спілкуватися у формі діалогу. Запропонуйте дитині допомогти Вам заповнити анкету.

Додаток 7

до наказу від 27.09.2017 № \_\_\_\_

**Результати профілактичної роботи з батьками учнів ЗНЗ №\_\_\_\_**

**щодо виявлення факторів ризику алкогольних**

**та наркотичних проблем.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Кількість батьків,  з якими проведено анкетування | Кількість дітей, у яких  виявлені алкогольні та  наркотичні проблеми | % дітей, у яких виявлені алкогольні та наркотичні проблеми |
|  |  |  |