

.....
Imię i nazwisko uczestnika szkolenia (PROSIMY WPISAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

ANKIETA

Proszę zaznaczyć odpowiedź na skali Od 1 do 6, gdzie 1 oznacza BRAK WIEDZY (BRAK UMIEJĘTNOŚCI)
a 6 oznacza PEŁNĄ WIEDZĘ (BARDZO DUŻE UMIEJĘTNOŚCI)

1. Jak ocenia Pani/ Pan swoją wiedzę dotyczącą zespołu Aspergera/ całościowych zaburzeń rozwoju/ autyzmu ?

1 2 3 4 5 6

2. Jak ocenia Pani/ Pan swoje umiejętności potrzebne do pracy z dzieckiem / wychowywania dziecka z zespołem Aspergera/ całościowymi zaburzeniami rozwoju/ autyzmem ?

1 2 3 4 5 6

3. Jak ocenia Pani/ Pan swoje umiejętności w zakresie wykorzystania narzędzi diagnostycznych lub skutecznych metod terapeutycznych stosowanych w pracy z dzieckiem z zespołem Aspergera/ całościowymi zaburzeniami rozwoju/ autyzmem ?

1 2 3 4 5 6

4. Jak ocenia Pani/ Pan swoje umiejętności lepszego integrowania dziecka niepełnosprawnego w otoczeniu domowym i rówieśniczym w szkole i poza nią?

1 2 3 4 5 6

5. Jak ocenia Pani/ Pan swoje umiejętności w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami oraz emocjami pojawiającymi się w kontakcie z dzieckiem z niepełnosprawnością?

1 2 3 4 5 6

6. Jaka jeszcze tematyka szkoleń z zakresu całościowych zaburzeń rozwoju byłaby dla Państwa interesująca?

.....
.....

Dziękujemy za wypełnienie.