**Анкета на выявление потребностей родителей обучающихся с ОВЗ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вопрос** | **Ответ** |
| **Да** | **Нет** |
| 1 | Вам понятны рекомендации ПМПК в части выбора варианта реализации ФГОС НОО для обучающихся с ОВЗ? |  |  |
| 2 | Вы имеете представление о том, каким образом Ваш ребенок будет осваивать ФГОС НОО для обучающихся с ОВЗ, обучаясь вместе с нормативно развивающимися сверстниками? |  |  |
| 3 | Вас интересует в первую очередь: |
|  |  психологический комфорт ребенка в классном коллективе; |  |  |
|  |  образовательные достижения ребенка в предметном обучении; |  |  |
|  |  духовно-нравственное развитие ребенка; |  |  |
|  |  самореализация ребенка во внеурочной деятельности |  |  |
| 4 | Вы бы предпочли для своего ребенка следующие курсы коррекционно-развивающей области:  |
|  | *указать наименование курса коррекционно-развивающей области в соответствии с видом ОВЗ и рекомендациями примерной АООП* |  |  |
|  | *указать наименование курса коррекционно-развивающей области в соответствии с видом ОВЗ и рекомендациями примерной АООП* |  |  |
|  | *указать наименование курса коррекционно-развивающей области в соответствии с видом ОВЗ и рекомендациями примерной АООП* |  |  |
| 5 | Вы бы предпочли для своего ребенка следующие занятия/курсы внеурочной деятельности: |
|  | *указать наименование занятия/курса внеурочной деятельности в соответствии с видом ОВЗ и рекомендациями примерной АООП* |  |  |
|  | *указать наименование занятия/курса внеурочной деятельности в соответствии с видом ОВЗ и рекомендациями примерной АООП* |  |  |
|  | *указать наименование занятия/курса внеурочной деятельности в соответствии с видом ОВЗ и рекомендациями примерной АООП* |  |  |
| 6 | Вы готовы поддержать участие Вашего ребенка в следующих общешкольных мероприятиях:  |
|  | *указать наименование общешкольного мероприятия, актуального для участия в нем обучающегося с ОВЗ* |  |  |
|  | *указать наименование общешкольного мероприятия, актуального для участия в нем обучающегося с ОВЗ* |  |  |
|  | *указать наименование общешкольного мероприятия, актуального для участия в нем обучающегося с ОВЗ* |  |  |
| 7 | Вы планируете, что Ваш ребенок будет посещать занятия по дополнительным общеразвивающим программам: |
|  |  на базе школы; |  |  |
|  |  на базе других образовательных организаций |  |  |
| 8 | Вы поддерживаете развитие Вашего ребенка посредством: |
|  |  совместного просмотра обучающих телепередач; чтения книг; |  |  |
|  |  экскурсий; досуговых мероприятий образовательной направленности; |  |  |
|  |  иного |  |  |
| 9 | Вы готовы к временным затратам на содействие в получении Вашим ребенком образования, сопоставимого с образованием нормативно развивающихся сверстников? |  |  |
| 10 | Вы планируете прибегать в целях содействия в получении Вашим ребенком образования, сопоставимого с образованием нормативно развивающихся сверстников, к услугам репетиторов? |  |  |

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_