

**AİLE GÖRÜŞME FORMU**  
(Özel Gereksinimli Öğrenciler İçin)

**Öğrenci Bilgileri**

|                              |                 |
|------------------------------|-----------------|
| Adı – Soyadı                 |                 |
| Cinsiyet                     | ( )Erkek ( )Kız |
| Doğum Tarihi / Doğum Yeri    |                 |
| Sınıfı / Okul Numarası       |                 |
| Boy / Kilosu                 |                 |
| Etkilendiği Yetersizlik Türü |                 |

**Aile Bilgileri**

|                                                                | Anne                               | Baba             |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------|
| Adı – Soyadı                                                   |                                    |                  |
| Hayatta mı?                                                    | ( )Evet ( )Hayır                   | ( )Evet ( )Hayır |
| Öz mü, üvey mi?                                                | ( )Öz ( )Üvey                      | ( )Öz ( )Üvey    |
| Yaşı                                                           |                                    |                  |
| Eğitim Düzeyi                                                  |                                    |                  |
| Telefon Numarası                                               |                                    |                  |
| Çalışıyor mu?                                                  | ( )Evet ( )Hayır                   | ( )Evet ( )Hayır |
| Mesleği                                                        |                                    |                  |
| İş Adresi                                                      |                                    |                  |
| İş Telefonu                                                    |                                    |                  |
| Süreğen hastalığı var mı?                                      |                                    |                  |
| Yetersizliği var mı?                                           |                                    |                  |
| Anne ve baba birlikte yaşıyorlar mı?                           | ( )Evet ( )Hayır                   |                  |
| Öğrenci kiminle yaşıyor?                                       |                                    |                  |
| Kardeş Sayısı (Öğrenci Dahil)                                  |                                    |                  |
| Anne baba arasında akrabalık var mı?                           | ( )Evet ( )Hayır                   |                  |
| Ailede yetersizlikten etkilenen başka birey var mı?            | ( )Evet ( )Hayır                   |                  |
| Hanede anne, baba çocuklar dışında yaşayan başka kimse var mı? | ( )Evet ( )Hayır                   |                  |
| Çocuğun kendi odası var mı?                                    | ( )Evet ( )Hayır                   |                  |
| Ailenin sosyal güvencesi var mı?                               | ( )Evet ( )Hayır                   |                  |
| Ailenin gelir durumunu belirtiniz.                             | ( )Düşük ( )Orta ( )İyi ( )Çok İyi |                  |
| Varsa; vasi bilgilerini yazınız.                               |                                    |                  |

**Sağlık Bilgileri**

|                                                                          | <b>Evet</b> | <b>Hayır</b> | <b>Açıklama</b>                    |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| Düzenli beslenir mi?                                                     |             |              |                                    |
| Çocuğunuzun geçirdiği önemli bir hastalık, kaza ve/veya ameliyat var mı? |             |              |                                    |
| Süreğen hastalığı var mı?                                                |             |              |                                    |
| Nöbet geçirir mi?                                                        |             |              |                                    |
| Sürekli kullandığı ilaç var mı?                                          |             |              | İlacın adı ve dozu                 |
| Alerjisi ya da hassasiyeti var mı?                                       |             |              | Varsa belirtin.                    |
| Kullandığı herhangi bir cihaz var mı?                                    |             |              | Varsa nedir, ne amaçla kullanıyor. |
| Fiziksel yetersizliği var mı?                                            |             |              |                                    |
| İşitme yetersizliği var mı?                                              |             |              |                                    |
| Görme yetersizliği var mı?                                               |             |              |                                    |
| Tuvaletini bağımsız olarak yapabilir mi?                                 |             |              |                                    |
| Bez kullanıyor mu?                                                       |             |              |                                    |

**Genel Bilgiler**

|                                                                                                                       | <b>Evet</b> | <b>Hayır</b> | <b>Açıklama</b>                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Çocuğunuz herhangi bir kurumdan özel eğitim desteği alıyor mu?                                                        |             |              | Kurum Adı:<br>Telefon Numarası:<br>Alan(lar):<br>Sıklığı:<br>Kaç yıldır devam ediyor?: |
| Çocuğunuzun yetersizliği ile ilgili sağlık kurulu raporu var mı?                                                      |             |              | Kurum Adı:<br>Rapor Tarihi:<br>Rapor Sayısı:<br>Rapor Amacı:                           |
| Daha önce resmî kurumlardan özel eğitim desteği aldı mı? (Özel eğitim okulları ve sınıfları ya da kaynaştırma sınıfı) |             |              |                                                                                        |
| Sınıf tekrarı yaptı mı?                                                                                               |             |              |                                                                                        |
| Hangi elini kullanır?                                                                                                 | ( )Sağ      | ( )Sol       |                                                                                        |

## Dil ve Konuşma Gelişimi

|                                                                  | Evet | Hayır | Açıklama |
|------------------------------------------------------------------|------|-------|----------|
| Evde Türkçe dışında bir dil konuşuluyor mu?                      |      |       |          |
| Verilen yönergeleri yerine getirir mi?                           |      |       |          |
| Konuşması anlaşılır mıdır?                                       |      |       |          |
| Kendini sözel olarak ifade edebilir mi?                          |      |       |          |
| Karşısındakilerle sohbet edebilir mi?                            |      |       |          |
| Yaşadığı ya da duyduğu bir olayı sözel olarak ifade edebilir mi? |      |       |          |

## Bilişsel Gelişim

|                                                             | Evet | Hayır | Açıklama |
|-------------------------------------------------------------|------|-------|----------|
| Göz teması kurar mı?                                        |      |       | Süre:    |
| Adına tepki verir mi?                                       |      |       | Nasıl?   |
| Konuşma seslerini çıkarır mı?                               |      |       |          |
| Çizgi çalışmaları yapar mı?                                 |      |       |          |
| Okuma çalışmaları yapar mı?                                 |      |       |          |
| Sayma çalışmaları yapar mı?                                 |      |       |          |
| Dört işlem yapar mı?                                        |      |       |          |
| Derse uzun süre katılabilir mi?                             |      |       |          |
| Sevdiği bir oyuna ya da etkinliğe uzun süre katılabilir mi? |      |       |          |

## Sosyal ve Duygusal Gelişim

|                                 | Evet | Hayır | Açıklama |
|---------------------------------|------|-------|----------|
| İletişim başlatabilir mi?       |      |       |          |
| Arkadaşı var mı?                |      |       |          |
| Akranlarıyla oyun oynar mı?     |      |       |          |
| Yetişkinlerle oyun oynar mı?    |      |       |          |
| Eşyalarını paylaşır mı?         |      |       |          |
| Sosyal etkinliklere katılır mı? |      |       |          |

Çocuğunuz bir günün nasıl geçirir?

|  |
|--|
|  |
|--|

## Uyum Becerileri ve Öğrenci Davranışları

Çocuğunuzun yapmasından hoşlandığınız davranışlar nelerdir?

İstediğiniz davranışı yaptığında siz ne yapıyorsunuz?

Çocuğunuzun yapmasından hoşlanmadığınız davranışlar nelerdir?

Hoşlanmadığınız davranışı en çok hangi ortamlarda, kimlerin yanında yapıyor?

Hoşlanmadığınız davranışı yaptığında siz ne yapıyorsunuz?

Çocuğunuzun hoşlandığı şeyler nelerdir?

Hoşlandığı şeyleri yapmasına ne zaman izin veriyorsunuz?

Çocuğunuzun öncelikli olarak kazanmasını istediğiniz beceri ve davranışlar var mı?