

**Frågeformulär till föräldrarna inför BVC-besöket vid 5 års ålder**

Barnets personnummer: \_\_\_\_\_

Barnets namn: \_\_\_\_\_

1. Hur har ditt barns grovmotoriska utveckling varit (t ex att springa, klättra, hoppa på ett ben)?  
 Tidig eller genomsnittlig  
 Något sen  
 Mycket sen
2. Hur har ditt barns finmotoriska utveckling varit (t ex att rita, knäppa knappar, klippa)?  
 Tidig eller genomsnittlig  
 Något sen  
 Mycket sen
3. Hur har ditt barns tal och språkutveckling varit?  
 Tidig eller genomsnittlig  
 Något sen  
 Mycket sen
4. Har ditt barn svårt att koncentrera sig?  
 Nej  
 Ja, ibland  
 Ja, ofta
5. Hur är ditt barns självförtroende?  
 Gott  
 Lite osäker inför nya situationer  
 Mycket osäker inför nya situationer
6. Hur är ditt barns humör?  
 Lätt att komma överens med  
 Protesterar då och då  
 Ständiga protester
7. Kissar ditt barn i sängen?  Nej  Ja
8. Har ditt barn andra urin- och/eller avföringsproblem?  Nej  Ja
9. För dig som har en pojke – är bägge testiklarna (kulorna) på plats i pungen?  Nej  Ja
10. Har ditt barn något hälsoproblem (t ex allergi), som du tror har betydelse vid skolstarten?  Nej  Ja
11. Är det något annat du själv tror har betydelse för ditt barns skolstart?  Nej  Ja

Om Ja på fråga 10 eller 11, kan Du beskriva?

---

---

---

---

Datum

Vårdnadshavares underskrift