

Kwestionariusz silnych i słabych stron

Proszę zaznaczyć przy każdym zdaniu jedną z trzech możliwości: „Nieprawda”, „Częściowo prawda”, „Zdecydowanie prawda”.
 Proszę ustosunkować się do wszystkich zdań, nawet jeśli czasem nie jesteś pewny/a albo zdanie wydaje Ci się nieco dziwne.
 Odpowiedzi udzielaj na podstawie tego, co działo się w ostatnim pół roku.

Twoje imię i nazwisko

Chłopiec / Dziewczyna

Data urodzenia

	Nieprawda	Częściowo prawda	Zdecydowanie prawda
Staram się być miły/a dla innych ludzi. Troszczę się o ich uczucia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jestem niespokojny/a, nie mogę długo spokojnie usiedzieć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Często boli mnie głowa, brzuch albo źle się czuję	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwykle dzielę się z innymi (np. jedzeniem, grami, długopisami itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bardzo się złościę i często tracę panowanie nad sobą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zazwyczaj jestem sam/a. Generalnie spędzam czas samotnie i unikam towarzystwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zazwyczaj wykonuję polecenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Często się czymś martwię	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli ktoś cierpi, jest smutny lub źle się czuje, pomagam mu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieustannie się kręcę i wiercę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mam co najmniej jednego dobrego przyjaciela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Często biję się z innymi. Umiem zmusić innych do robienia tego, co ja chcę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Często jestem nieszczęśliwy/a, przygnębiony/a lub chce mi się płakać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moi rówieśnicy na ogół mnie lubią	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Łatwo się rozpraszam, trudno jest mi się skoncentrować	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denerwuję się w nowych sytuacjach. Łatwo tracę pewność siebie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jestem miły/a dla młodszych dzieci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Często inni oskarżają mnie o kłamstwo lub oszustwo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne dzieci lub młodzi ludzie zaczepiają mnie lub znęcają się nade mną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Często chętnie pomagam innym (rodzicom, nauczycielom, dzieciom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zastanawiam się, zanim coś zrobię	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biorę rzeczy, które nie należą do mnie (z domu, szkoły lub innych miejsc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lepiej dogaduję się z dorosłymi niż z rówieśnikami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mam wiele lęków, szybko ogarnia mnie strach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kończę to, co zaczynam. Potrafię skupić na czymś uwagę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Twój podpis

Dzisiejsza data

Bardzo dziękujemy za pomoc