
PIQ Perceptions of Inclusion Questionnaire

Wersja dla ucznia

Moje imię: Data urodzenia:

Jestem: Chłopcem Dziewczynką Klasa:

Jak ci idzie w szkole? Przeczytaj uważnie każde zdanie i zakresł kwadracik który najlepiej ci odpowiada. Proszę odpowiedz na wszystkie pytania! Nie ma dobrych i złych odpowiedzi.

	To wcale nieprawda	Raczej nieprawda	Raczej prawda	Całkowicie prawda
1. Lubię chodzić do szkoły.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mam dużo przyjaciół w mojej klasie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Uczę się szybko.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nie mam ochoty chodzić do szkoły.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dobrze się rozumiemy z innymi uczniami z mojej klasy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Potrafię zrobić bardzo trudne ćwiczenia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Podoba mi się w szkole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czuję się samotnie w mojej klasie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jestem dobrą uczennicą/dobrym uczniem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Szkoła jest zabawna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mam bardzo dobre stosunki z innymi uczniami.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. W szkole, dużo rzeczy jest dla mnie za trudnych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PIQ Perceptions of Inclusion Questionnaire

Wersja dla rodziców

Imię dziecka: Data urodzenia:

Płeć dziecka: Chłopiec Dziewczynka Klasa:

Chcielibyśmy dowiedzieć się jak idzie w szkole pańskiej córce/synowi? Proszę przeczytać uważnie każde zdanie i zakreślić kwadracik, który najlepiej odpowiada Pana/Pani córce/synowi. Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania.

	To wcale nieprawda	Raczej nieprawda	Raczej prawda	Całkowicie prawda
1. On/Ona lubi chodzić do szkoły.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. On/Ona ma dużo przyjaciół w swojej klasie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. On/Ona uczy się szybko.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. On/Ona nie ma ochoty chodzić do szkoły.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. On/Ona rozumie się dobrze z innymi uczniami ze swojej klasy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. On/Ona potrafi zrobić bardzo trudne ćwiczenia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jemu/Jej podoba się w szkole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. On/Ona czuje się samotny/a w swojej klasie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. On/Ona jest dobrą uczennicą/dobrym uczniem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. On/Ona uważa że szkoła jest zabawna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. On/Ona ma bardzo dobre stosunki z innymi uczniami.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. W szkole, dużo rzeczy jest dla niego/niej za trudnych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PIQ Perceptions of Inclusion Questionnaire

Wersja dla nauczycieli

Imię dziecka: Data urodzenia:

Płeć dziecka: Chłopiec Dziewczynka Klasa:

Chcielibyśmy dowiedzieć się jak idzie w szkole? Proszę przeczytać uważnie każde zdanie i zakreślić kwadracik, który najlepiej odpowiada Pana/Pani uczniowi/uczennicy. Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania.

	To wcale nieprawda	Raczej nieprawda	Raczej prawda	Całkowicie prawda
1. On/Ona lubi chodzić do szkoły.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. On/Ona ma dużo przyjaciół w swojej klasie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. On/Ona uczy się szybko.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. On/Ona nie ma ochoty chodzić do szkoły.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. On/Ona rozumie się dobrze z innymi uczniami ze swojej klasy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. On/Ona potrafi zrobić bardzo trudne ćwiczenia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jemu/Jej podoba się w szkole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. On/Ona czuje się samotny/a w swojej klasie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. On/Ona jest dobrą uczennicą/dobrym uczniem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. On/Ona uważa że szkoła jest zabawna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. On/Ona ma bardzo dobre stosunki z innymi uczniami.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. W szkole, dużo rzeczy jest dla niego/niej za trudnych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
