Управление образования администрации муниципального района «Новооскольский район» Белгородской области

Использование здоровьесберегающих технологий с целью улучшения здоровья дошкольников

Автор опыта: Коробова Татьяна Николаевна, воспитатель МБДОУ «Детский сад № 8 комбинированного вида Новооскольского района Белгородской области»

Новый Оскол
2013 год

Содержание:

1. Информация об опыте……..3
2. Технология опыта……7
3. Результативность опыта……..10
4. Библиографический список……14
5. Приложения к опыту……15

Коробова Татьяна Николаевна

1. Информация об опыте

Условия возникновения и становления опыта

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 8 комбинированного вида Новооскольского района Белгородской области» расположен в поселке Прибрежный Новооскольского района, территориально граничащим с городом Новый Оскол, административно относящемся к Ниновской сельской администрации. Такое расположение детского сада обуславливает контингент воспитанников: кроме детей, проживающих в поселке Прибрежный, учреждение посещают дети из юго-западного микрорайона города и из близлежащих сел Ниновка, Фироновка, Песчанка, Косицыно, Подольхи.

Социальный статус семей воспитанников детского сада неоднороден по составу, возрасту родителей, уровню образования, материального достатка, сфере деятельности. Преобладают семьи, где родители имеют среднее и средне-специальное образование (85 %). Из сфер деятельности родителей доминирующими являются сельское хозяйство и предпринимательская деятельность: 43 % работают в ЗАО «Приосколье», ООО «Русьплемптица»; 20 % родителей ведут свой частный бизнес. По этим объективным причинам детский сад стал центром, обеспечивающим социально-воспитательную политику в поселке Прибрежный, основу которой составляет образовательная работа с воспитанниками и их родителями по различным направлениям, в том числе и коррекционная работа по развитию речи.

Данный педагогический опыт формировался в условиях логопедической группы.

Анализ социального статуса детей логопедической группы в начале работы над данной темой в 2010 году показал, что из 18 детей 3 ребенка (17 %) из неполных семей, воспитывающихся одним родителем; 3 детей (17 %) из молодых семей-студентов; 8 детей (44 %) из малообеспеченных семей; 4 детей (22 %) из многодетных семей; 12 детей (67 %) из семей, где оба родителя работают; 3 детей (17 %) из семей, где работает один родитель.

Анкетирование родителей детей логопедической группы по вопросу важности выбора здорового образа жизни и образа жизни самих родителей показало, что лишь 25 % родителей уделяют внимание в беседах с детьми важности и ценности выбора здорового образа жизни, при этом акцентируя внимание лишь на пагубных привычках, не раскрывая важности других факторов, таких как питание, физические упражнения, правила гигиены и др., лишь 10 % опрошенных родителей целенаправленно организуют деятельность детей с целью укрепления здоровья (совместные походы, прогулки на природе, занятия спортом), 95 % родителей слабо владеют информацией о возможных причинах нарушения здоровья детей. Эти данные свидетельствуют о низком уровне осведомленности и целенаправленной работы родителей по формированию здорового образа жизни и улучшению здоровья дошкольников.

По данным предварительного анализа, проводившегося до начала работы над данной проблемой, количество пропусков детьми по болезни составило в среднем на каждого ребенка, зачисленного в 2010 году в логопедическую группу, за предыдущий учебный год 6,8 дней пропусков.

Таким образом, в группе была выявлена проблема недостаточно эффективной работы по вопросам здоровьесбережения детей, возникла необходимость улучшения здоровья детей, поэтому в начале 2010-2011 учебного года появилась идея использования здорвьесберегающих технологий в работе с дошкольниками.

Актуальность опыта

Учебно-методические комплексы дошкольного и школьного образования учитывают и целенаправленно ориентированы на сохранение и улучшение здоровья детей. Этого требуют не только документы федерального уровня, такие как Федеральные государственные требования дошкольного образования (ФГТ), Федеральный государственный образовательный стандарт (ФГОС). Именно на сохранение здоровья детей направлены и все качественные изменения структуры, содержания, методов, средств обучения и воспитания, новые организационно-педагогические и управленческие подходы. Одновременно с новыми запросами в образовании перед дошкольниками стоит ряд проблем, которые имеют глобальный характер: неблагополучное состояние окружающей среды, низкий социально-экономический уровень жизни населения и др. Это приводит к снижению защитно-приспособительных возможностей детского организма и как следствие – ухудшение здоровья.

Около 25-30% детей, приходящих в 1-е классы, т.е. выпускников детских садов, уже имеют те или иные отклонения в состоянии здоровья. За период обучения в школе число здоровых детей уменьшается в 4 раза. К окончанию школы у трети выпускников наблюдаются нарушения сердечно-сосудистой системы, число страдающих близорукостью увеличивается с 3% до 30%, нервно-психическими расстройствами – с 15% до 40%, гастроэнтерологическими заболеваниями – в 3,8 раза. Число детей, состоящих на диспансерном учете, в некоторых учебных заведениях достигает 50% [5].

Для того, чтобы здоровье детей сохранялось хотя бы на одном уровне, необходимо создание специальных условий для развития дошкольников, в том числе применение современных здоровьесберегающих образовательных технологий.

В ходе работы над опытом была выявлена недостаточная ориентация существующей традиционной системы организации образовательного процесса на здоровье дошкольников, хотя сами программы ориентированы на гармонично развитого, здорового ребенка. В последние годы количество таких детей сильно сокращается. Для повышения продуктивности деятельности в педагогической литературе предлагаются различные способы, но зачастую они недостаточно ориентированы на здоровье ребенка. Ослабленные дети часто воспринимаются воспитателем как ленивые. Подобные ошибки непростительны со стороны педагогов, поэтому социальный заказ на поиск

путей сохранения здоровья человека, его трудовой активности должен быть адресован и дошкольному воспитателю. Наряду с этим анализ программ, изучение опыта работы воспитателей свидетельствуют о наличии объективного противоречия между необходимостью сохранения здоровья дошкольников и существующим на сегодня образовательным процессом в детском саду, недостаточно учитывающим состояние здоровья воспитанников.

Ведущая педагогическая идея опыта

Идея опыта заключается в использовании здоровьесберегающих технологий на занятиях в логопедической группе с целью сохранения и улучшения здоровья дошкольников.

Длительность работы над опытом

По данной теме работа велась с сентября 2010 года в течение 3 учебных лет: 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013.

Диапазон опыта

Педагогический опыт включает систему работы по организации непосредственно образовательной деятельности с дошкольниками.

Теоретическая база опыта

Г.К. Селевко понимает под педагогической технологией науку, исследующую наиболее рациональные пути обучения; систему принципов, регулятивов, применяемых в обучении; реальный процесс обучения [6]. Остановимся подробнее на педагогических технологиях, называемых «здоровьесберегающими образовательными технологиями».

Понимание данного термина разными авторами различное. Многие педагоги полагают, что это одна или несколько новых педагогических технологий, альтернативных всем другим, и поэтому можно выбирать: работать ли по технологиям, например, Л. Занкова, В. Зайцева, М. Монтессори и т.д. или по «технологии здоровьесбережения». Но это не так. Цель образовательной технологии - достижение того или иного образовательного результата в обучении, воспитании, развитии. Здоровьесбережение не может выступать в качестве единственной цели образовательного процесса, а только в качестве условия или одной из задач достижения главной цели. По этой причине понятие «здоровьесберегающая» относится к качественной характеристике любой образовательной технологии, показывающей, насколько при реализации данной технологии (педагогической системы) решается задача сохранения здоровья основных субъектов образовательного процесса (учащихся и педагогов), или фиксирует соответствующий приоритет в идеологии и принципах педагогической деятельности. Другими словами, это показатель того, «взимается» или нет с учащихся, без их согласия, плата за получаемое ими образование в форме непреднамеренного нанесения ущерба их здоровью.

Таким образом, определить понятие «здоровьесберегающие образовательные технологии» представляется корректным, исходя из «родового» понятия «образовательные технологии» как совокупность принципов, приемов, методов педагогической работы, которые, дополняя традиционные технологии обучения и воспитания, наделяют их признаком здоровьесбережения.

Здоровье в Большой медицинской энциклопедии определяется как «состояние организма человека, когда функции всех его органов и систем уравновешены с внешней средой и отсутствуют какие-либо болезненные изменения». Эти изменения объективно устанавливаются на основе антропометрических, клинических, физиологических и биохимических показателей, причем с обязательным учетом полового и возрастного факторов [3].

Состояние здоровья не исключает уже имеющиеся в организме, но еще не обнаруженные болезнетворные начала, а также колебания в самочувствии человека. Только регулярные обследования могут установить границу между здоровьем и болезнью в стертых случаях, когда явная патология отсутствует. Отсюда возникает понятие о субъективном и объективном здоровье, когда с одной стороны при плохом самочувствии отсутствуют объективные подтверждающие его данные, а с другой – эти данные отмечаются, а самочувствие остается до определенного времени хорошим. Именно поэтому существует понятие «практически здорового человека» – «состояние, при котором имеющиеся патологические изменения не влияют на жизненное восприятие и работоспособность человека» [3]. Но данное определение учитывает только биологическую функцию человека.

В Уставе Всемирной организации здравоохранения дается определение понятия «здоровье» как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия», а не только отсутствие болезни или физических дефектов [1]. Социологам и педагогам импонирует такое определение, ибо в нём состояние здоровья рассматривается как категория и биологическая, и социальная одновременно.

Это определение опять-таки не совершенно, так как базируется в основном на субъективном критерии (психически оцениваемое благополучие) и поэтому, по мнению многих специалистов, требует уточнения. Так, Н.М. Амосов, Г.Л. Апанасенко, Д.В. Колесов, В.П. Казначеев дают свои уточнённые, дополненные, расширенные определения понятию здоровья [7; 2; 1; 4].

Рассматривая здоровье ребенка, необходимо основываться на различных определениях и позициях ученых.

Здоровье индивида В.П. Казначеев рассматривает как «динамическое состояние сохранения и развития его биологических, физиологических и психических функций, оптимальной работоспособности и социальной активности при максимальной продолжительности жизни» [4]. Это определение сопоставимо с понятием «практически здорового человека», так как речь идет об оптимальной работоспособности. Рассматривая здоровье ребенка, целесообразно основываться на данном определении и позиции В.П. Казначеева.

Таким образом, говоря о здоровом ребёнке, целесообразнее всего применять термин «практически здоровый дошкольник» – это ребёнок, способный сохранять оптимальную работоспособность, физическое и психическое развитие которого соответствует возрасту (при этом наличие патологических изменений ещё не привело к видимым морфо-функциональным отклонениям).

В понятие здоровья вкладываются не только абсолютные качественные, но и количественные признаки, поскольку существует понятие о степени здоровья – это широта адаптационных возможностей организма, определяемая социальной средой, физической тренировкой, перенесенными заболеваниями, трудовыми навыками, конституционно-наследственными факторами и т.д., в том числе антропогенным [1; 3], каким и является для ребёнка детский сад.

Исходя из определений здоровья, различают три его составляющие: физическое, психическое и социальное здоровье. Ряд ученых иногда выделяет духовное как совокупность отдельных признаков психического и социального здоровья, хотя в литературе чаще встречается термин духовное благополучие, нежели духовное здоровье.

Таким образом, работа по данному опыту была направлена на изменение внешнесредовых факторов – организационно-методических условий.

Новизна опыта

Новизна данного педагогического опыта заключается в комплексном применении приемов и методов здоровьесбережения.

Автором опыта были подобраны условия использования здоровьесберегающих условий на практике, разработаны конспекты НОД валеологической направлены, подготовлен цикл консультаций для родителей и рекомендации по отдельным вопросам здоровьесбережения детей.

В ходе работы над опытом собраны картотеки подвижных игр, пальчиковых игр, артикуляционной гимнастики, гимнастики для глаз, гимнастики после сна, дыхательной гимнастики, утренней гимнастики, физкультминуток.

Характеристика условий, в которых возможно применение данного опыта

В ходе работы над опытом использовалась программа «Детство» под ред. Т.И. Бабаевой и др. (2011). При корректировке содержания заданий опыт может использоваться в любом дошкольном образовательном учреждении с 5 до 7 лет.

2. Технология опыта

Целью работы заключалась в улучшении здоровья дошкольников посредством систематического использования здоровьесберегающих технологий.

Для решения данной цели были поставлены следующие *задачи:*

1). Изучить в педагогической и психологической литературе методические аспекты здоровьесберегающих технологий.

2). Применить на практике здоровьесберегающие технологии с целью улучшения здоровья дошкольников.

3). Выявить оптимальные условия использования здоровьесберегающих технологий на практике.

4). Разработать цикл консультаций для родителей.

5). Систематизировать и создать картотеки подвижных игр, пальчиковых игр, артикуляционной гимнастики, гимнастики для глаз, гимнастики после сна, дыхательной гимнастики, утренней гимнастики, физкультминуток.

Проблемы использования здоровьесберегающих технологий были подробно изучены в литературе в период с апреля по сентябрь 2010 года, поэтому к сентябрю 2010 года, к началу практической реализации опыта работы были сформулированы следующие *условия* применения на практике здоровьесберегающих технологий:

1). Организационные:

- проведение утренней гимнастики;
- гимнастика после сна;
- включение в работу подвижных игр, пальчиковых игр, артикуляционной гимнастики, гимнастики для глаз, дыхательной гимнастики, физкультминуток.

2). Санитарно – гигиенические:

- комфортный температурный и световой режим,
- режим проветривания групповых помещений,
- уборка помещений,
- знания детьми правил личной гигиены.

3). Психологическая безопасность детей:

- комфортный микроклимат группы,
- оптимальные нагрузки с учётом индивидуальных особенностей ребёнка,
- создание в группе предметно – развивающей среды,
- работа с детьми педагога-психолога,
- групповое и индивидуальное консультирование семей,
- анкетирование и тестирование родителей и детей.

4). Лечебно-профилактические:

- ароматерапия (пихтовое, эвкалиптовое и ромашковое масла),
- витаминизация пищи,
- использование растительных фитонцидов (употребление в пищу и раскладка в группе лука и чеснока),
- закаливание водой, воздухом, солнцем (игры с водой, босохождение летом, босохождение по соляным дорожкам в группе зимой, обширное умывание; сон в проветриваемом помещении, двигательная активность в облегчённой одежде, солнечные ванны в летний период).

5). Методические:

- разработка и проведение цикла занятий по валеологии: знакомство детей со своим организмом (приложение 1);
- подготовка и применение на практике цикла консультаций для родителей (приложение 2);
- диагностика родителей по вопросам здоровьесберегающей деятельности, уровню валеологической грамотности (приложение 3, приложение 4);
- разработка рекомендаций для родителей по сохранению и укреплению здоровья детей (приложение 5);

- взаимодействие с коллегами детского сада по вопросам применения здоровьесберегающих технологий на практике.

Входе работы над опытом были систематизированы из педагогической литературы и собраны в тематические картотеки различные упражнения, которые далее включались в практическую работу как автора опыта, так и, согласно пятому условию, были розданы и рекомендованы к использованию другим педагогам, работающим с логопедической группой. Это второй воспитатель группы, педагог-психолог, учитель-логопед, инструктор по физическому воспитанию, воспитатель по изодеятельности.

Были собраны картотеки:

1. подвижных игр,
2. пальчиковых игр,
3. артикуляционной гимнастики,
4. гимнастики для глаз,
5. гимнастики после сна,
6. дыхательной гимнастики,
7. утренней гимнастики,
8. физкультминуток.

В ходе реализации методических условий данного опыта работы был разработан цикл консультации для родителей, проводимых не реже одного раза в месяц.

Тематика консультаций для родителей:

1. Психофизиологические особенности детей старшего дошкольного возраста.
2. Взаимодействие с родителями по выявлению у детей знаний, умений и навыков здорового образа жизни.
3. Телевидение: опасность или безопасность.
4. Витамины – незаменимые компоненты в питании детей.
5. Режим – залог нормального развития ребёнка-дошкольника.
6. Здоровое питание семьи – залог здоровья.
7. Совместная деятельность семьи и детского сада по подготовке проектов.

Подобрать объем, тематику консультаций для родителей помогал ряд анкетирований, проводимых как очно во время консультаций, бесед в детском саду, так и заочно – заполнение анкет родителями дома.

Родители получали также рекомендации в виде памяток, советов.

С педагогами детского сада в рамках методических заседаний, межгруппового взаимодействия проводились беседы, консультации по различным вопросам здоровьсберегающей деятельности, реализовывались совместные проекты, проводились мероприятия. Например:

1. Беседа «Интеграции образовательных областей в непосредственной образовательной деятельности физической культурой».
2. Выступление «Здоровьесберегающие технологии в коррекционной работе».

3. Спортивные праздники, спортивные олимпиады, КВНы валеологической направленности для старших дошкольников.

4. Развлечение «Ярмарка подвижных игр».

5. Проектная деятельность «Олимпийские игры».

6. Детско-родительский экологический проект «Чудесное лукошко».

Таким образом, применяя оптимальные условия для систематического использования здоровьесберегающих технологий, в ходе реализации данного педагогического опыта была предпринята попытка комплексного воздействия на 3 составляющих здоровья ребенка: физическое, психическое и социальное здоровье.

3. Результативность опыта

Результативность работы по применению на практике здоровьесберегающих технологий для улучшения здоровья дошкольников анализировалась у детей в течение одного учебного года на протяжении 3 учебных лет по нескольким показателям (табл. 1):

1). Продолжительность болезни.

2). Наличие хронических заболеваний.

3). Субъективная оценка состояния здоровья.

Таблица 1

Показатели физического здоровья

Показатели	Параметры оценки показателей	Уровень проявления	Способ оценки (методика)
Продолжительность болезни	Пропуски занятий по болезни	Число дней (средняя величина на 1 уч-ся)	Анализ документации
Наличие хронических заболеваний	Виды заболеваний	%	Анализ индивидуальных медицинских карт
Субъективная оценка состояния здоровья	Хорошее самочувствие, что-либо болит в данный момент, часто болеет, болит голова, головокружение и т. д.	%	Анкетирование, наблюдение

1). Продолжительность болезни – этот показатель отражает среднюю величину числа дней, пропущенных по болезни. Рассчитывается он по анализу документации для каждой группы.

Количество дней пропуска занятий по болезни (в пересчете на 1 человека) у детей логопедической группы на протяжении всех 3-хлет работы по применению здоровьесберегающих технологий к концу учебного года, т.е. по итогам второго полугодия, уменьшалось по сравнению с первым полугодием: в течение первого года работы по данной теме снижение произошло на 4,1

дня (с 7,9 дня на конец 1 полугодия до 3,8 дней на конец 2 полугодия), в течение 2011-2012 учебного года в другой группе детей в течение года снижение составило 2,6 дня (с 6,8 дня на конец 1 полугодия до 4,2 дня на конец 2 полугодия) и в течение 2012-2013 учебного года снижение количества дней пропусков составило 3,9 дня (с 8,2 дня на конец 1 полугодия до 4,3 дня на конец 2 полугодия) (рис. 1).

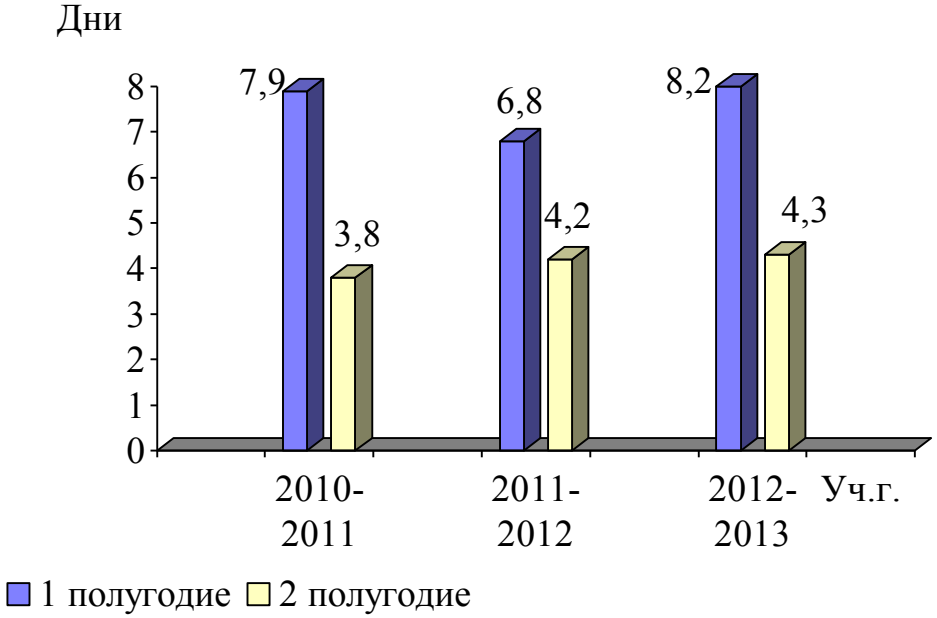

Рис. 1. Влияние применения здоровьесберегающих технологий на продолжительность болезни детей логопедических групп в течение 3-х учебных лет.

Таким образом, использованные на практике здоровьесберегающие технологии способствовали снижению средней продолжительности болезни детей.

2). Наличие хронических заболеваний – этот показатель характеризует распространенность основных видов заболеваний в группе, его определяли в ходе изучения медицинских карт детей. У детей, посещающих логопедическую группу, в ходе работы по данной теме опыта фиксировались следующие виды хронических заболеваний: нарушение осанки, кариес, болезни щитовидной железы, гастрит, ожирение, миопия, косоглазие, болезни сердца, энурез, аденоиды, хронический тонзиллит.

Данный показатель остался на прежнем уровне у детей всех трех логопедических групп в течение 3-х лет работы: виды заболеваний и доля детей с заболеваниями каждого вида в течение учебного года не менялись.

Таким образом, использованные в ходе реализации данного педагогического опыта здоровьесберегающие технологии не повлияли на течение хронических болезней.

3). Субъективная оценка состояния здоровья – этот показатель позволяет характеризовать напряженность нервной системы ребенка в течение одного дня. Для её выявления была составлена анкета (приложение 6).

Этот показатель анализировался по данным анкетирования детей два раза в год (в сентябре и мае) и выражен в %. Вопросы анкеты предлагались детям в конце рабочего дня как в начале, так и в конце учебного года.

Анализ анкет позволил выявить увеличение в ходе работы числа детей, оценивающих свое самочувствие как хорошее, в каждой из трех анализируемых групп на протяжении 3-х лет работы: первый год работы – с 56% до 100 %, второй год – с 72 % до 93 %, третий год – с 54 % до 94 % (табл. 2).

Таблица 2

Изменение субъективной оценки состояния здоровья детей, %

№ п/п	Характеристика	Учебный год					
		2010-2011		2011-2012		2012-2013	
		сентябрь	май	сентябрь	май	сентябрь	май
1	Хорошее самочувствие	56	100	72	93	54	94
2	Что-либо болит	35	7	28	7	30	6
3	Часто болею	21	7	21	7	24	6
4	Болит голова	14	0	21	7	18	0
5	Головокружение	7	0	0	0	6	0

В ходе работы ежегодно отмечалось понижение количества детей, испытывающих болезненные ощущения: с 35 до 7 %, с 28 до 7 %, с 30 до 6 % ежегодно (табл. 2).

Снизилось количество детей, относящих себя к «частоболеющим» с 21 до 7 % на протяжении 1 и 2 года работы и с 24 до 6 % в третий год (табл. 2).

Количество жалоб на головные боли понизилось с 14 до 0 %; с 21 до 7 % и с 18 до 0 % (табл. 2).

Количество детей, испытывающих головокружение, понизилось до 0 % (табл. 2).

Таким образом, организация образовательного процесса в логопедической группе с применением здоровьесберегающих технологий способствует сохранению самочувствия детей в течение дня.

Деятельность по теме данного педагогического опыта позволила сделать следующие ***выводы:***

1). В педагогической, психологической, методической литературе активно обсуждаются вопросы применения здоровьесберегающих технологий.

2). В ходе реализации данного педагогического опыта были применены на практике здоровьесберегающие технологии и выявлены оптимальные условия их использования:

- организационные (обязательное использование утренней гимнастики, гимнастики после сна, подвижных игр, пальчиковых игр, артикуляционной гимнастики, гимнастики для глаз, дыхательной гимнастики, физкультминуток);

- санитарно-гигиенические (комфортный температурный и световой режим, режим проветривания групповых помещений, уборка помещений, знания детьми правил личной гигиены);

- психологическая безопасность детей (комфортный микроклимат группы, оптимальные нагрузки с учётом индивидуальных особенностей ребёнка, создание в группе предметно-развивающей среды, работа с детьми педагога-психолога, групповое и индивидуальное консультирование семей, анкетирование и тестирование родителей и детей);

- лечебно-профилактические (ароматерапия, витаминизация пищи, использование растительных фитонцидов, закаливание водой, воздухом, солнцем);

- методические (разработка и проведение цикла занятий по валеологии с детьми и родителями, диагностика родителей, разработка рекомендаций для родителей, взаимодействие с коллегами детского сада).

3). Улучшении здоровья дошкольников посредством систематического использования здоровьесберегающих технологий произошло по двум показателям: продолжительность болезни, субъективная оценка состояния здоровья.

4). Использованные в ходе реализации данного педагогического опыта здоровьесберегающие технологии не повлияли на течение хронических болезней детей.

5). Разработан цикл консультаций для родителей.

6). Систематизированы и созданы картотеки подвижных игр, пальчиковых игр, артикуляционной гимнастики, гимнастики для глаз, гимнастики после сна, дыхательной гимнастики, утренней гимнастики, физкультминуток.

4. Библиографический список

1. Адаптация организма подростков к учебной нагрузке / Под ред. Д.В. Колесова. – М.: Педагогика, 1987. – 148 с.

2. Апанасенко Г.Л. Физическое развитие детей и подростков. – Киев, 1985. – 270 с.

3. Большая медицинская энциклопедия. – М.: Советская энциклопедия, 1962. – Т. 28. – С. 1144. – Т. 27. – С. 850. – Т. 10. – С. 738-739.

4. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации. – Новосибирск: Наука, 1980. – 191 с.

5. Капустин Н.П. Педагогические технологии адаптивной школы. – М.: Академия, 1999. – 216 с.

6. Селевко Г.К. Современные образовательные технологии. – М.: Народное образование, 1998. – 225 с.

7. Экология и здоровье детей / Под ред. М.Я. Студеникина, А.А. Ефимовой. – М.: Медицина, 1998. – 384 с.

5. Приложения к опыту

Приложение 1. Конспект непосредственно образовательной деятельности по валеологическому воспитанию «Глаза и уши быть здоровыми должны» (старшая логопедическая группа).

Приложение 2. Консультация для родителей «Система закаливания детей в условиях ДОУ».

Приложение 3. Анкета для родителей « Состояние здоровья вашего ребёнка».

Приложение 4. Анкета для родителей «Определение компетентности родителей в области физкультурно-оздоровительной деятельности».

Приложение 5. Рекомендации для родителей «Десять советов родителям».

Приложение 6. Анкета изучения самочувствия детей.