

ANKIETA INFORMACYJNA O DZIECKU

Drodzy Rodzice !

To właśnie Wy najlepiej znacie swoje dziecko i potraficie odczytać Jego indywidualne potrzeby. W trosce o dobre samopoczucie Was i Waszego malucha, którego już niedługo będziecie zostawiać pod naszą opieką, zależy nam na wcześniejszym poznaniu Waszych oczekiwań wobec naszej placówki. Chcielibyśmy się jeszcze lepiej przygotować i wcześniej zaplanować pracę z naszymi podopiecznymi, tak aby zarówno Wam, jak i Waszemu dziecku chociaż trochę zaoszczędzić stresu związanego z okresem adaptacji. Pomocna w tym celu będzie wymiana informacji dotyczących Waszego dziecka, dlatego z góry dziękujemy za udzielone przez Was odpowiedzi, które pozwolą nam lepiej poznać potrzeby dzieci jeszcze zanim trafią do naszej placówki.

Imię i nazwisko dziecka _____

Lubi być nazywane _____

Data i miejsce urodzenia _____

Imię i nazwisko mamy _____

Telefon kontaktowy _____

Mail _____

Wykształcenie: podstawowe/gimnazjalne; zasadnicze zawodowe; średnie, policealne; wyższe* (*proszę podkreślić*)

Nazwa i adres zakładu pracy _____

Imię i nazwisko taty _____

Telefon kontaktowy _____

Mail _____

Wykształcenie: podstawowe/gimnazjalne; zasadnicze zawodowe; średnie, policealne; wyższe* (*proszę podkreślić*)

Nazwa i adres zakładu pracy _____

1) Czy Państwa dziecko uczęszczało wcześniej do jakiejś placówki (klubiku) ? **TAK / NIE**

2) Kto opiekował się dzieckiem zanim trafiło do naszej placówki ?

3) Czy dziecko ma rodzeństwo? **TAK / NIE**

W jakim wieku ? _____

4) Rodzaj porodu? **NATURALNY/ CESARSKIE CIĘCIE** tydzień _____

5) Czy dziecko pozostaje pod opieką jakiejś poradni specjalistycznej? Z jakiego powodu?

6) Czy dziecko jest szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień obowiązującym w polskim prawie?*

TAK / NIE

**Prosimy o dostarczenie dokumentu/zaświadczenia potwierdzającego obowiązkowe szczepienia*

7) Czy dziecko przebywało w szpitalu ? **TAK / NIE**

Jak długo? _____

8) Czy dziecko jest uczulone? **TAK / NIE**

Na co? _____

9) Przebyte choroby zakaźne, alergie:

świnka _____ ospa _____ szkarlatyna _____ różyczka _____

wirusowe zapalenie wątroby _____ gruźlica _____ inne _____

10) Proszę o wpisanie innych uwag dotyczących stanu zdrowia dziecka, które chcielibyście Państwo nam przekazać.

11) Czy dziecko śpi w ciągu dnia? **TAK / NIE**

Jak długo ? _____, w jakich godzinach? _____

12) Czy dziecko używa smoczka w ciągu dnia lub do snu? **TAK / NIE**

13) Ile posiłków jada dziecko w ciągu dnia?

14) Jakie mleko(modyfikowane) pije dziecko i ile razy dziennie?

15) Czy dziecko jest karmione piersią? **TAK / NIE**

16) Czy dziecko jada już przecięry owocowe, owoce w kawałkach? **TAK / NIE**

17) Czy dziecko jest „dopajane” w ciągu dnia? **TAK / NIE**

Jeśli tak, to co pije dodatkowo oprócz mleka? _____

18) Czy dziecko je obiady ze słoiczków czy ma gotowane posiłki?

19) Czy dziecko nie toleruje jakiegoś owocu, warzywa?

20) Czy dziecko jest samodzielne przy jedzeniu

TAK / NIE / WYMAGA NIEWIELKIEJ POMOCY

21) Czy dziecko samo załatwia potrzeby fizjologiczne?

TAK / NIE, NA NOCNICZEK / NA UBIKACJI

22) Czy dziecko łatwo rozstaje się z mamą ? **TAK / NIE**

23) Proszę podkreślić trzy charakterystyczne cechy dziecka :

pogodne, spokojne, ruchliwe, lękliwe, zamknięte w sobie, bardzo odważne,

Inne: _____

24) Proszę podkreślić w jaki sposób dziecko funkcjonuje w kontaktach z innymi :

jest uległe, narzuca swoją wolę, chętnie współdziała, jest troskliwe, jest obojętne, często jest zazdrosne, jest samolubne, uwielbia towarzystwo, woli bawić się samo;

Inne: _____

25) Gdy się zdenerwuje, gdy mu się czegoś zabroni najczęściej (proszę podkreślić)

placze, rzuca się na podłogę, rzuca przedmiotami, krzyczy, bije innych, kopie, zamyka się w sobie, odchodzi, szlocha;

Inne: _____

26) Czy są sytuacje których dziecko szczególnie się boi? **TAK / NIE**

Jakie to są sytuacje? _____

27) W domu dziecko najczęściej bawi się (proszę wpisać ulubione zabawy, zajęcia dziecka)

Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna