***Informacyjna Karta Dziecka***

Informacyjna Karta Dziecka to ankieta, której wypełnienie umożliwi nam szybsze poznanie

Państwa dziecka. Pozwoli nam na łatwiejszy z nim kontakt i wypracowanie indywidualnych sposobów opieki.

Wszelkie uzyskane informacje pozostają wyłącznie do wiedzy personelu żłobka i nie będą udostępniane bez Państwa wiedzy i zgody.

Prosimy o bieżące aktualizowanie naszej wiedzy.

I. Informacje podstawowe

Imię i nazwisko dziecka..............................................................

Data urodzenia ..........................................................................

1. Czy dziecko po raz pierwszy rozstaje się z bliskimi? TAK/ NIE (niepotrzebne skreślić)

2. Czy dziecko było pod opieką osoby obcej? Jak reagowało?.................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

3. Czy dziecko miało kontakt z rówieśnikami, dziećmi starszymi/młodszymi?...............................

.....................................................................................................................................................

4. Które z poniższych wymienionych cech charakteryzują Państwa dziecko( proszę podkreślić

kilka): ruchliwe, wesołe, spokojne, płaczliwe, odważne, lękliwe, wyciszone, niespokojne,

śmiałe wobec innych, inne ( jakie?).............................................................................................

5. Które z wymienionych zachowań charakteryzuje Państwa dziecko w złości ( proszę

podkreślić): płacz, krzyk, rzucanie na ziemię, obrażanie się, ucieczka, agresja wobec innych,

histeria, rzucanie przedmiotami, inne ( jakie?)...........................................................................

6. W jaki sposób postępujecie Państwo z dzieckiem w trakcie napadu złości? Co je uspokaja?

.................................................................................................................................................

7. Czy jest coś/ktoś czego dziecko się boi?..........................................................................................................................................

8. Co dziecko najbardziej lubi robić ( proszę podkreślić): rysować, lepić z plasteliny, budować z

klocków., słuchać bajek, oglądać książeczki, biegać , tańczyć, bawić się zabawkami ( jakimi?)

.....................................................................................................................................................

9. Czy i w jaki sposób dziecko sygnalizuje swoje potrzeby fizjologiczne?............................................................................................................................

10. Czy były próby nauki korzystania z nocnika/sedesu?.........................................................

11. Czy dziecko umie korzystać z toalety/nocnika? TAK NIE

12. Czy dziecko porozumiewa się za pomocą słów? Jak sygnalizuje, gdy:

Chcejeść.......................................................................................................................................

chce spać......................................................................................................................................

coś je boli.....................................................................................................................................

13. Czy dziecko śpi w ciągu dnia, jak długo i w jakich godzinach?..............................................................................................................................

14. Co dziecko lubi jeść? Czego nie lubi jeść...............................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

15. Czy ma stałe godziny posiłków?.....................................................................................................................................

16. Czy dziecko podejmuje próby samodzielnego jedzenia? TAK NIE ( niepotrzebne skreślić)

17. Czy dziecko używa smoczka? TAK NIE ( niepotrzebne skreślić)

18. Czy dziecko często choruje?.....................................................................................................................................

19. Jakie choroby zakaźne dziecko przebyło? .....................................................................................................................................................

20. Czy dziecko miało utraty przytomności, drgawki, omdlenia? TAK/NIE. ( niepotrzebne

skreślić) .Jeśli tak, proszę opisać w jakich okolicznościach....................................................

....................................................................................................................................................

21. Czy dziecko jest alergikiem? TAK/NIE ( niepotrzebne skreślić)

22. Na co dziecko jest uczulone.…………………………………………………………………………………………

dieta.............................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

23. Inne ważne informacje np. dziecko o specjalnych potrzebach edukacyjnych, niepokojące

zachowania,

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

Wyrażam zgodę na przetwarzanie informacji na potrzeby Żłobka Mały Europejczyk w Lubrzy

Lubrza, dnia................................ ..................................................