



ANKIETA INFORMACYJNA O DZIECKU

Nazwisko i imię..... Data urodzenia.....

INFORMACJE O DZIECKU:

Proszę zaznaczyć lub uzupełnić te stwierdzenia, które charakteryzują Państwa dziecko:

Proszę, w kilku określeniach scharakteryzować dziecko: np. jest pogodne, radosne, otwarte, smutne, często płacze, jest ruchliwe, spokojne itp.

.....
.....

Zachowanie dziecka

⇒ Czy i jak dziecko siebie nazywa?

⇒ Komunikuje się za pomocą:

- gestów i mimiki
- używa pojedynczych wyrazów
- buduje proste zdania
- mówi płynnie
-
-

⇒ W nowych sytuacjach jest:

- onieśmiałe
- swobodne
- zaniepokojone
-

⇒ Czy najczęściej bawi się:

- samo
- z opiekunem
- z innymi dziećmi
-

⇒ Jak dziecko zachowuje się gdy jest zdenerwowane lub się złości?

- płacze-przewraca się na ziemię
- bije innych
- niszczy zabawki
- gryzie
- zamyka się w sobie
- raczej ustępuje
- prosi o pomoc opiekunów
-

⇒ Czego dziecko się boi?

.....
.....

Czynności higieniczne i samoobsługa:

- ⇒ Czy dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne? TAK/NIE
- ⇒ Czy korzysta z nocnika? TAK/NIE
- ⇒ Czy dziecko używa pampersów?
 - zawsze
 - sporadycznie (np. podczas spaceru itp.)
 - tylko do spania
 - nie używa
 -

- ⇒ Czy potrzebuje pomocy przy myciu rącek i buzi? TAK/NIE
- ⇒ Czy wymaga pomocy przy ubieraniu i rozbieraniu odzieży, bucików? TAK/NIE

Jedzenie:

- ⇒ Czy dziecko wymaga pomocy przy jedzeniu? TAK/NIE
- ⇒ Czy dziecko próbuje jeść samodzielnie? TAK/NIE
- ⇒ Czy podawane są pokarmy stałe (nierozdrobnione)? TAK/NIE
- ⇒ Potrafi pić z kubeczka TAK/NIE
- ⇒ Potrafi pić **tylko** z butelki TAK/NIE
- ⇒ Czy dziecko podlega diecie żywieniowej, jeśli tak to jakiej?
.....
- ⇒ Czy jest uczulone na jakieś produkty, jeśli tak to na jakie?
.....

Uwaga: *Jeżeli dziecko ma wskazania do eliminacji produktów należy dostarczyć zaświadczenie od specjalisty ze wskazaniem tych produktów.*

Sen:

- ⇒ W jakich godzinach dziecko śpi w ciągu dnia?
- ⇒ Czy usypia samo czy w obecności osoby dorosłej?
- ⇒ Czy wymaga kołysania? TAK/NIE
- ⇒ Czy przy usypianiu potrzebuje pieluchy, smoczka, zabawki itp.?
.....
- ⇒ Inne przyzwyczajenia ułatwiające dziecku zaśnięcie
.....

Zdrowie:

- ⇒ Czy często choruje? TAK/ NIE
- ⇒ Jeżeli tak, to na jakie choroby najczęściej?
.....
.....
- ⇒ Jakie choroby zakaźne przebyło dziecko?
.....
- ⇒ Czy miało wypadki? TAK/ NIE
 - Jeżeli TAK to jakie?
.....
.....
- ⇒ Czy miało utraty przytomności? TAK/ NIE
- ⇒ Czy w rozwoju dziecka występowały zaburzenia lub nieprawidłowości? TAK/ NIE
 - Jeśli tak, to jakie?
 - Kiedy się pojawiły? (wiek dziecka)
 - Czym się przejawiały?
- ⇒ Czy dziecko jest pod stałą opieką specjalistyczną ? TAK/ NIE
 - Od kiedy?
 - Jacy specjaliści opiekują się dzieckiem?

-
 ▪ Które z zaleceń specjalistów powinny być wypełniane również w żłobku?

- ⇒ Czy dziecko na stałe przyjmuje leki?
- Jeśli tak to jakie?

Proszę wpisać inne ważne problemy rozwojowe dziecka

.....

WAŻNE

- ⇒ Każde dziecko w naszym żłobku obchodzi swój dzień (imieniny lub urodziny). Proszę podać datę (jedną) święta dziecka

.....

MOJE DZIECKO

- jak nazywać dziecko (pełne imię, zdrobnienie)
- oczekuje czułości gdy
- denerwuje się gdy
- lubi bawić się (czym)
- ulubione zabawki to:

Inne informacje o dziecku:

.....

OCZEKIWANIA RODZICÓW względem opiekunów, placówki:

.....

Informacje zbierana są w celu lepszego poznania dziecka oraz posłużą w zorganizowaniu codziennego pobytu dziecka w żłobku.

Zgadzam się na zbieranie wymienionych danych i informacji wyłącznie na użytek Żłobka Na Skrzydłach II w Porostach.

Data *Podpis matki*

Data *Podpis ojca*