

KARTA INFORMACYJNA O DZIECKU

.....
Imię/imiona i nazwisko dziecka

INFORMACJE OGÓLNE:

Pytanie	Odpowiedź* <i>(niepotrzebne skreślić)</i>
Godziny pobytu dziecka w żłobku:	od..... do.....
Czy oboje rodziców/opiekunów prawnie uczestniczą w wychowywaniu dziecka?	TAK/NIE
Czy ktoś z rodziców/opiekunów ma ograniczone prawa?	TAK/NIE
Czy dziecko ma rodzeństwo? Jeżeli tak, w jakim jest wieku?	TAK/NIE
Potrzeby fizjologiczne <i>(proszę zaznaczyć najbardziej pasującą odpowiedź):</i> <ul style="list-style-type: none"> • Samodzielnie zgłasza potrzeby fizjologiczne oraz korzysta z nocnika/toalety, • Z niewielką pomocą opiekuna korzysta z nocnika/ toalety • Nie potrafi jeszcze korzystać z nocnika/toalety (nosi pieluchę); 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Spanie <i>(proszę zaznaczyć najbardziej pasującą odpowiedź):</i> <ul style="list-style-type: none"> • Dziecko nie sypia po obiedzie; • Dziecko jest przyzwyczajone do spania po obiedzie. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Samodzielność <i>(proszę zaznaczyć najbardziej pasującą odpowiedź):</i> <ul style="list-style-type: none"> • Potrafi samo się ubierać • Ubiera się z niewielką pomocą • Wymaga pomocy przy ubieraniu • Samo radzi sobie z jedzeniem • Potrzebuje niewielkiej pomocy przy jedzeniu • Trzeba je karmić 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dojrzałość społeczna: <ul style="list-style-type: none"> • Czy dziecko przebywało w towarzystwie rówieśników? • Czy dziecko przebywało w towarzystwie dzieci w innym wieku? • Czy dziecko było pod opieką osób trzecich: niania, żłobek, dziadek/babcia 	TAK/NIE TAK/NIE TAK/NIE TAK/NIE
Czy dziecko korzysta ze smoczka? <ul style="list-style-type: none"> • TAK, ale tylko do snu 	TAK/NIE <input type="checkbox"/>
Czy dziecko pije mleko modyfikowane? Jeżeli tak, ile razy dziennie/o jakich porach dnia/ jakiej firmy	TAK/NIE
Ulubione potrawy dziecka?	

.....	
Czego dziecko szczególnie nie lubi jeść?	
Ulubione zajęcia/zabawy/zabawki dziecka:	
Czego dziecko nie lubi robić?	
Jak Państwo sądzicie, czy Wasze dziecko po przyjęciu do żłobka? <ul style="list-style-type: none"> • Będzie bardzo przeżywało rozstanie? • Pogodzi się z tym faktem i będzie dobrze się bawiło? • Nie wiem • Inne uwagi..... 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
W sytuacji, kiedy dziecko jest smutne, zdenerwowane lub tęskni za rodzicami/opiekunami – najlepiej je rozweselić (ulubioną przytulanką, smoczkiem, itp.)?	
Czy dziecko potrafi w zrozumiały sposób porozumieć się z otoczeniem?	TAK/NIE
Czy są sytuacje lub rzeczy, których dziecko się boi?	NIE TAK, jakie.....
Inne istotne informacje o dziecku:	
Jakie są Państwa oczekiwania w stosunku do żłobka?	
.....	

INFORMACJE ZDROWOTNE:

Czy dziecko urodziło się zdrowe?	TAK?NIE
Czy dziecko przebywało w szpitalu? Jeżeli tak, to z jakiego powodu?.....	TAK/NIE
Czy dziecko jest alergikiem? <i>(Prosimy wymienić szczegółowo znane zagrożenia w kategoriach uczuleń pokarmowych i wziewnych)</i> Jeżeli tak, na co jest uczulone?..... Specjalne zalecenia co do diety.....	TAK?NIE
Czy dziecko ma wady rozwojowe/wrodzone? Jeżeli tak, jakie?.....	TAK/NIE
Czy dziecko przebywa pod stałą opieką specjalistyczną? Jeżeli tak, to jaką?.....	TAK/NIE
Czy dziecko przyjmuje jakieś leki na stałe? Jeżeli tak, jakie?.....	TAK/NIE
Przebyte choroby zakaźne	TAK/NIE
Czy dziecko jest podatne na przeziębienia?	TAK/NIE
Inne ważne informacje o dziecku/rodzinie, które warto przekazać	

Żagań, dnia,

.....

.....

Czytelny podpis rodziców/opiekunów

