



**ANKIETA INFORMACYJNA O DZIECKU
ROZPOCZYNAJĄCYM POBYT W ŻŁOBKU
PRZYSTAŃ MALUCHA**

Drodzy Rodzice !

W związku z zapisem Państwa dziecka do naszej placówki prosimy o uzupełnienie poniższej ankiety. Ma ona na celu lepsze poznanie Państwa dziecka, jego upodobań czy potrzeb a także stworzenie milej i bezstresowej atmosfery w nowym miejscu.

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia.....

1. Czy Państwa Dziecko uczęszczało wcześniej do żłobka: TAK/ NIE
jeżeli TAK to:

- jaki okres czasu:.....

- ile godzin dziennie:.....

- jak przebiegła adaptacja Państwa Dziecka?

.....
.....

2. Czy Państwa dziecko ma wykonane obowiązkowe szczepienia
wynikające z wieku i karty szczepień: TAK /NIE

- jeżeli nie to proszę podać powód:

.....

3. Przebyte choroby zakaźne/ stan zdrowia /wady wrodzone:

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

4. Alergie pokarmowe/uczulenia:

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

4. Czy Dziecko przyjmuje na stałe jakieś leki: TAK/NIE
jeżeli TAK, to proszę podać jakie:

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

5. Czy Dziecko potrafi:

- sprawnie chodzić TAK/NIE
- sprawnie biegać TAK/NIE

6. Czy dziecko (dotyczy niemowląt) samodzielnie:

- siada TAK/NIE
- wstaje TAK/NIE
- raczkuje TAK/NIE
- próbuje chodzić TAK/NIE

7. Czy Dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne: TAK/NIE

8. Do czynności fizjologicznych używa:

tylko pampersy / nocnik + toaleta / pampersy + nocnik

9. Czy Dziecko lubi jeść: TAK/NIE

- ulubione potrawy:

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

- czego nie lubi jeść:

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

10. Czy w sytuacji odmowy zjedzenia posiłku należy Państwa Dziecko namawiać do jedzenia: TAK/NIE

11. Godziny spożywania posiłków:

- śniadanie
- drugie śniadanie.....
- obiad
- podwieczorek

12. Czy Dziecko pije napoje:

- z butelki kubka „niekapki”
- kubka
- inne.....

13. Czy Dziecko podejmuje próby samodzielnego:

- jedzenia/picia: TAK/NIE
- ubierania rozbierania: TAK/NIE
- toalety rąk i buzi: TAK/NIE

14. Dziecko porozumiewa się za pomocą:

- gestów i mimiki
- pojedynczych słów
- buduje proste zdania

15. Czy Dziecko śpi w ciągu dnia? TAK/NIE

proszę podać godziny

16. Przyzwyczajenia Dziecka ułatwiające zasypianie:

- zasypia samo TAK/NIE
- bezpośrednia obecność osoby dorosłej TAK/NIE
- smoczek TAK/NIE
- kołysanie TAK/NIE
- noszenie na rękach TAK/NIE
- inne

17. Czy Dziecko łatwo nawiązuje kontakty z rówieśnikami:

TAK/NIE

18. Dziecko jest:

- pogodne/radosne
- poważne
- spokojne
- ruchliwe
- głośne /hałaśliwe
- płaczliwe

19. Jak Dziecko lubi żeby się do niego zwracać?

.....

20. Dziecko denerwuje się, gdy:

.....

21. Dziecko cieszy się, gdy:

.....

22. Dziecko boi się, gdy:

.....

23. Ulubione zabaw/ zajęcia Dziecka:

- zabawa zabawkami
- zabawy manualne (rysowanie/lepienie)
- słuchanie bajek
- oglądanie bajek TV
- inne :

.....

24. Ulubiona zabawka, przedmiot

.....

25. Oczekiwane przez Państwa godziny opieki nad Dzieckiem w Żłobku:

od.....do.....

26. Inne istotne informacje dotyczące Państwa Dziecka: np. dodatkowe szczepienia

.....

.....

.....

ZOBOWIĄZANIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH:

NINIEJSZYM POTWIERDZAM(Y) PRAWDZIWOŚĆ PODANYCH DANYCH ZAWARTYCH W ANKIECIE INFORMACYJNEJ I ZOBOWIĄZUJĘ/EMY SIĘ DO ICH BIEŻĄCEJ AKTUALIZACJI, W SZCZEGÓLNOŚCI DANYCH: o stanie zdrowia dziecka, zmianie miejsca zamieszkania, danych ułatwiających kontakt z rodzicami /opiekunami prawnymi

.....
Data, czytelny podpis Matki

.....
Data, czytelny podpis Ojca

.....
Data, czytelny podpis Opiekuna prawnego