



ANKIETA INFORMACYJNA O DZIECKU

Szanowni Państwo,

Uprzejmie prosimy o wypełnienie ankiety, dzięki której będziemy mogli lepiej opiekować się Państwa Dziećmi. Zachęcamy, aby przekazane informacje były możliwie szczegółowe.

Jednocześnie zapewniamy, że w/w dane będą wykorzystane wyłącznie w celach związanych z pracą naszego Żłobka i nie będą udostępniane, bez Państwa zgody, osobą trzecim.

Z góry dziękujemy za poświęcony czas i uwagę.

I. DANE OSOBOWE DZIECKA:

1. Imię i nazwisko:
2. Data urodzenia:
3. Miejsce urodzenia:
4. Pesel:
5. Adres zamieszkania:
.....
6. Adres zameldowania:
.....
.....

II. RODZICE/ OPIEKUNOWIE PRAWNI DZIECKA

1. Imię i nazwisko Mamy:
2. Miejsce pracy Mamy, nr. telefonu, adres mailowy:
.....

3. Imię i nazwisko Taty:
4. Miejsce pracy Taty, nr. telefonu, adres mailowy:
-
5. Imię i nazwisko Opiekuna prawnego.....
6. Miejsce pracy Opiekuna prawnego, nr. telefonu, adres mailowy.....
-

III. BLIŻEJ DZIECKA

SAMODZIELNOŚĆ

- CHODZENIE:

- Już chodzi
- Chodzi od niedawna, tzn.
- Nie chodzi, ale podejmuje następujące działania (wstawanie w łóżeczku, raczkowanie, chodzenie "przy meblach", inne):
-
-

- JEDZENIE:

- Samo radzi sobie z jedzeniem
- Wymaga niewielkiej pomocy przy karmieniu przez osoby dorosłe
- Trzeba je karmić
- Praktycznie je wszystko, nie ma specjalnych upodobań
- Je wiele potraw, ale nie lubi i nie chce jeść:
-
- Rodzaj wypijanego mleka
- Nie lubi jeść, jest „niejadkiem”
- Dziecko ma specjalne potrzeby związane z żywieniem. Jakie?
-
-
- Jest alergikiem uczulonym na:
-

- POTRZEBY FIZJOLOGICZNE:

- Pamięta o potrzebach fizjologicznych i radzi sobie samo
- Zgłasza swoje potrzeby, ale wymaga pomocy przy korzystaniu z toalety
- Trzeba je pilnować, bo zapomina o zgłaszaniu potrzeb fizjologicznych
- Korzysta z pampersów

- SPANIE:

- Jest przyzwyczajone do spania po obiedzie
- Nie sypia po obiedzie
- Śpi w ciągu dnia o następujących porach:
.....

- Informacje dotyczące zdrowia dziecka, które mogą mieć wpływ na jego funkcjonowanie w Żłobku (alergie, wyłączenia pokarmowe, podatność na infekcje, wady rozwojowe, przebyte lub aktualne choroby, itp.)
.....
.....

- Czy przyjmuje przewlekle leki (jakie?).....
.....

- Czy dziecko jest/było pod opieką specjalistów, z jakiego powodu?.....
.....
.....

- W jaki sposób Państwo zwracają się do Dziecka (zdrobnienia, ulubione formy itp.):
.....
.....
.....

ZAINTERESOWANIA

- Jakie są ulubione zajęcia dziecka co sprawia mu szczególną radość?
.....
.....

- Czy Dziecko ma ulubioną postać, np, z bajki?
- Czy Dziecko posiada ulubioną książeczkę.....
- Czy Dziecko posiada ulubiony kolor lub jest kolor którego Dziecko nie lubi
- Czy Dziecko posiada ulubione zwierzątko.....
- Z kim Dziecko najczęściej spędza czas w domu.....
- Czy Dziecko posiada szczególne zaciekawienia, zainteresowania.....
- Czy są rzeczy zjawiska, których się ewentualnie boi?
- W jaki sposób udaje się Państwu uspokoić Dziecko, kiedy jest zestresowane?
- Czy Dziecko bywa agresywne? Jeśli tak, to w jakich okolicznościach i jak Państwo sobie wówczas radzicie? Co się szczególnie sprawdza, a co nie skutkuje?
- Czy Dziecko ma stały kontakt z Dziećmi? Czy podejmuje zabawy w grupie, czy raczej bawi się samo?

IV. ŚRODOWISKO RODZINNE

- Czy Dziecko ma lub w najbliższym czasie będzie mieć rodzeństwo? Jeśli tak to prosimy o informacje dotyczące wieku i relacji między rodzeństwem:
- Czy rodzice w równym stopniu zaangażowani są w wychowanie Dziecka, czy z jakichś względów (np. praca zawodowa, rodzina nie pełna) jedno z Rodziców (które?) ma większy udział?

-
.....
- Jaki jest udział i wpływ Szanownych Babć i Dziadków w proces wychowawczy Państwa Dziecka?

.....
.....

V. DODATKOWE UWAGI:

- Prosimy napisać kilka słów od siebie – np. o tym, jakie jest usposobienie Państwa Dziecka, jakie są „szczególne talenty”, a jakie słabości:

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

VI. OCZEKIWANIA RODZICÓW:

-
.....
.....
.....
- Oświadczam, że dziecko nie jest nosicielem choroby zakaźnej.....