

## ANKIETA INFORMACYJNA

Imię i nazwisko dziecka.....

Wiek dziecka .....

1. Czy dziecko posiada rodzeństwo? TAK NIE

Jeśli tak proszę podać ile i w jakim wieku.....

2. Czy dziecko uczęszczało wcześniej do żłobka? TAK NIE

3. Czy sygnalizuje potrzeby fizjologiczne? TAK NIE

4. Czy są sytuacje lub rzeczy których się boi? TAK NIE

Proszę wymienić jakie.....

5. Czy śpi w dzień? TAK NIE

Proszę wymienić ewentualne zwyczaje i rytuały związane ze snem

.....

6. Czy dziecko potrafi:

➤ Chodzić TAK NIE

➤ Samodzielnie jeść TAK NIE

➤ Myć ręce TAK NIE

➤ Korzystać z nocnika/ ubikacji TAK NIE

➤ W zrozumiały sposób porozumiewać się z otoczeniem TAK NIE

➤ Samodzielnie ubierać się TAK NIE

7. Najchętniej bawi się SAMO / Z OPIEKUNEM / Z INNYMI DZIEĆMI

8. Najchętniej zajmuje się ZABAWKAMI / RYSOWANIEM / OGLĄDANIEM TV / OGLĄDANIEM KSIĄŻEK / SŁUCHANIEM BAJEK / UCZESTNICZENIEM W ZAJĘCIACH DOMOWYCH

9. Jest raczej POGODNE / SPOKOJNE / RUCHLIWE / PŁACZLIWE / LĘKLIWE / ODWAŻNE

10. Które z wymienionych zachowań najlepiej charakteryzuje zachowanie Państwa dziecka w złości: PŁACZ / KRZYK / RZUCANIE SIĘ NA ZIEMIĘ / BICIE / OBRAŻANIE / INNE:

.....



11. Jaki jest najlepszy sposób na pomoc w rozładowaniu napięcia u Państwa dziecka:

.....

12. Czy dziecko jest pod opieką lekarza specjalisty    TAK    NIE

Jeśli tak to jakiego.....

13. Czy dziecko choruje na jakąś chorobę przewlekłą    TAK    NIE

Jeśli tak to jaką.....

14. Jakie choroby zakaźne dziecko przebyło?

.....

15. Czy dziecko miało utraty przytomności, drgawki, omdlenia?    TAK    NIE

16. Czy ma uczulenie na ukąszenia owadów (pszczoły, osy, itp.)?    TAK    NIE

Jeśli tak to jakie.....

17. Czy dziecko ma jakieś alergie?    TAK    NIE

Jeśli tak to jakie.....

18. Inne informacje o dziecku/ zalecenia dla personelu

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

Bielsko-Biała, dnia.....

(podpis rodzica/opiekuna)