KARTA INFORMACYJNA O DZIECKU

Informacje zawarte w karcie umożliwią nam szybsze poznanie Państwa Dziecka, łatwiejszy z nim kontakt, zaoszczędzą wielu pytań, ułatwią opiekę nad dzieckiem.

I. Dane dziecka

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Data i miejsce urodzenia .....

II. Dane dotyczące Rodziców/Opiekunów

Mama

Imię i nazwisko .....

tel. komórkowy .....

tel. do pracy .....

e-mail .....

Tata

Imię i nazwisko .....

tel. komórkowy .....

tel. do pracy .....

e-mail .....

III. Informacje podstawowe

1. Jak dziecko samo siebie nazywa? .....

.....

2. Jak Państwo zwracacie się do dziecka? .....

.....

3. Czy dziecko łatwo rozstaje się z bliskimi? .....

.....

4. Czy dziecko ma rodzeństwo (wiek rodzeństwa)? .....

.....

.....

.....

5. Czy dziecko uczęszczało wcześniej do żłobka/placówki opiekuńczej? .....

Jeśli tak, to kiedy .....

.....

6. Które z poniżej wymienionych cech charakteryzują Państwa dziecko?

Wesołe Spokojne Ruchliwe Nadpobudliwe Płaczliwe

Odważne Wrażliwe Lękliwe Zamknięte w sobie

Inne (jakie?).....

7. W kontaktach z innymi dziecko?

Narzuca swoją wolę Współdziała Jest uległe Obojętne

Inne (jakie?).....

8. Które z wymienionych zachowań charakteryzuje Państwa dziecko w złości?

Płacz Krzyk Rzucanie na ziemię Bicie Obrażanie

Inne (jakie?).....

9. Jaki jest najlepszy sposób postępowania z Państw a dzieckiem w trakcie napadu złości?.....

.....

.....

.....

10. Czy są sytuacje, których dziecko nie lubi lub boi się?.....

.....

Jakie?.....

.....

11. Co dziecko najbardziej lubi robić (proszę podkreślić):

Rysować Malować Lepić z plasteliny Budować z klocków

Słuchać bajek Oglądać książeczki Tańczyć

Inne (jakie?).....

.....

.....

12. Najczęściej dziecko bawi się:

samo z rodzeństwem z rodzicem z babcią/dziadkiem rówieśnikami

13.Czy i w jaki sposób dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne?.....

.....

.....

14. Czy dziecko porozumiewa się za pomocą słów? Jak dziecko mówi gdy:

chce jeść .....

chce spać .....

coś je boli .....

chce ulubioną zabawkę/przedmiot .....

inne ważne „słówka” .....

15. Czy dziecko korzysta z nocnika? TAK/NIE

16. Czy dziecko śpi w ciągu dnia, jak długo i w jakich godzinach? .....

.....

.....

17. Czy dziecko zasypia samo? TAK/NIE

18. Przyzwyczajenia, które ułatwią dziecku zaśnięcie: .....

.....

.....

.....

19. Czy dziecko lubi jeść? TAK/NIE

a) co najbardziej? .....

.....

b) czego najbardziej nie lubi jeść? .....

.....

20. Co dziecko najchętniej pije (woda, soki, herbatki)? .....

.....

.....

21. Dziecko je: łyżeczką/z butelki? (zakreślić)

22. Czy dziecko podejmuje próby samodzielnego jedzenia? .....

.....

.....

23. Czy w sytuacji odmowy przyjęcia przez dziecko posiłku należy je namawiać do zjedzenia? .....

.....

24. Czy potrafi samodzielnie:

a) jeść TAK/NIE

b) chodzić TAK/NIE

c) myć ręce TAK/NIE

d) założyć kapcie TAK/NIE

e) złożyć kurtkę TAK/NIE

f) założyć spodnie TAK/NIE

25. W czym należy pomagać dziecku? (czynności samoobsługi).....

.....

.....

.....

IV. Informacje o stanie zdrowia dziecka:

1. Czy dziecko jest pod opieką specjalisty? TAK/NIE

Jakiego? .....2.

Czy ma problemy alergiczne? TAK/NIE

Jakie?.....

.....

.....

3. Czy i na jakie choroby dziecko choruje najczęściej?.....

.....

.....

4. Jakie choroby zakaźne dziecko przebyło?.....

.....

5. Na jakie inne poważne choroby dziecko chorowało/choruje?.....

.....

.....

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

7. Czy dziecko przyjmuje jakieś leki? TAK/NIE

8. Inne ważne informacje:.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że informacje podane w karcie są zgodne ze stanem faktycznym.

.....

Data i podpis Rodzica /Opiekuna prawnego