

INFORMACJE O DZIECKU – FORMULARZ

Imię i nazwisko dziecka _____

1. Umiejętności dziecka (Proszę zaznaczyć, które z poniższych umiejętności posiada Państwa dziecko):

- ☐ Samodzielne zdejmowanie/zakładanie butów
- ☐ Posługiwanie się sztucami (łyżką, widelcem)
- ☐ Chodzenie na czworaka
- ☐ Chodzenie na dwóch nogach
- ☐ Mówienie kilku słów/mówienie prostymi zdaniami
- ☐ Budowanie wieży z kilku klocków ☐ Trzymanie kredki i rysowanie ☐ Inne umiejętności (proszę opisać):

2. Sposoby komunikacji z dzieckiem i ulubione zabawy:

- Czy dziecko mówi już kilka słów?
Nie/Tak (proszę podać przykłady):
- Jakie są ulubione zabawki dziecka?
.....
- Jakie są ulubione aktywności dziecka? Co dziecko lubi robić?
.....

3. Zdrowie dziecka:

- Czy dziecko ma alergię na jakieś produkty?
Nie/Tak (proszę podać szczegóły):
- Jakie posiłki lub przekąski dziecko lubi najbardziej?
- Czy dziecko cierpi na jakieś choroby przewlekłe?
Nie/Tak (proszę podać szczegóły):
- Czy dziecko ma specjalne potrzeby zdrowotne?
Nie/Tak (proszę podać szczegóły):

4. Jak zazwyczaj dziecko reaguje w nowych sytuacjach (np. nowa osoba w domu, zmiana w posiłku, duża przestrzeń, hałas)? (Prosimy o krótki opis zachowania dziecka) 7. Co w powyższych sytuacjach dziecku pomaga?

.....

.....

.....

5. Czy dziecko kiedykolwiek pozostawało pod opieką osób trzecich (np. ciocia, babcia, niania)? Jeśli tak, to jaka była reakcja dziecka – czy pojawiły się jakieś problemy?

.....

.....

6. Czy dziecko ma w domu zapewniony odpoczynek (sen) w ciągu dnia? O jakiej porze?

.....

.....

7. Czego dziecko potrzebuje do snu (np. zabawki, smoczek itp.) i w jakiej pozycji, miejscu zasypia?

.....

.....

8. Jakie sytuacje w codziennej opiece nad dzieckiem mogą powodować jego sprzeciw, niezadowolenie lub lęk?

.....

.....

.....

9. Jak uspokajają Państwo dziecko w sytuacji, gdy płacze, jest smutne?

.....

.....

10. Jak dziecko jest karmione:

- miejsce posiłku dziecka jest stałe, czy nie?
.....
- czy dziecko je produkty stałe czy miksowane?
.....
- czy dziecko korzysta z butelki ze smoczkiem?
.....
- czy dziecko samodzielnie pije z butelki, z kubka, czy z kubka niekapka?
.....
- czy dziecko samodzielnie potrafi jeść łyżką?
.....
- czy zakładają Państwo dziecku śliniak przed posiłkiem?
.....

11. Jak dziecko załatwia potrzeby fizjologiczne:

- czy dziecko używa pampersa?
.....
- czy dziecko miało kontakt z nocnikiem?
.....
- czy dziecko miewa problemy z wypróżnianiem?
.....

12. Ulubione zabawy i aktywności dziecka *(Poniżej proszę zaznaczyć aktywności, które dziecko lubi):*

- ☐ Rysowanie, malowanie
- ☐ Bawienie się w piaskownicy
- ☐ Słuchanie muzyki
- ☐ Budowanie z klocków
- ☐ Czytanie książek
- ☐ Zabawy ruchowe na świeżym powietrzu ☐ Inne ulubione zabawy (proszę opisać):

13. Jakie macie Państwo oczekiwania lub obawy związane z pobytem dziecka w naszej instytucji

.....

.....

Bydgoszcz, dnia ____ - ____ - ____

czytelny podpis Rodzica