



Informacyjna Karta Dziecka

Informacyjna Karta Dziecka to ankieta, której wypełnienie umożliwi nam szybsze poznanie Państwa dziecka. Pozwoli nam na łatwiejszy z nim kontakt i wypracowanie indywidualnych sposobów opieki. Wszelkie uzyskane informacje pozostają wyłącznie do wiedzy Żłobka i nie będą udostępniane bez Państwa wiedzy zgody. Prosimy o bieżące aktualizowanie naszej wiedzy.

I. Informacje podstawowe

Imię nazwisko dziecka.....
wiek.....

1. Czy dziecko po raz pierwszy rozstaje się z bliskimi? TAK/NIE (niepotrzebne skreślić)

2. Czy było pod opieką obcej osoby? Jak

reagowało?.....
.....

a) na jaki czas było zostawiane z obcą

osobą?.....
.....

3. Czy dziecko jest jedynakiem czy ma rodzeństwo?

.....

4. Czy dziecko miało kontakt z rówieśnikami; dziećmi starszymi/młodszyimi?

.....
.....

5. Które z poniżej wymienionych cech charakteryzują Państwa dziecko (proszę podkreślić kilka):

wesołe, spokojne, ruchliwe, nadpobudliwe, płaczliwe, odważne, wrażliwe, lękliwe,
wyciszone, niespokojne, śmiałe wobec obcych, inne (jakie?)

.....
.....

6. Które z wymienionych zachowań charakteryzuje Państwa dziecko w złości (proszę podkreślić):

płacz, krzyk, rzucanie na ziemię, obrażanie się , ucieczka, agresja wobec innych, agresja wobec

siebie, histeria, rzucanie przedmiotami, inne (jakie?)

.....
.....

7. W jaki sposób postępujecie Państwo z Dzieckiem w trakcie napadu złości? Co Je uspokaja?

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

8. Czy jest coś/ktoś, czego dziecko się boi?

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

9. Co dziecko najlepiej lubi robić (proszę podkreślić): rysować, malować, lepić z plasteliny, budować z klocków, słuchać bajek, oglądać książeczki, biegać, tańczyć, bawić się zabawkami (jakimi ?)

.....
.....

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

.....
.....

11. Czy były próby nauki korzystania z nocnika, sedesu?

.....
.....

12. Czy dziecko porozumiewa się za pomocą słów? Jak dziecko sygnalizuje gdy:

chce jeść

.....
.....

chce spać

.....
.....

coś je boli

.....
.....

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

.....
.....

14. Co dziecko lubi jeść? Czego nie lubi jeść?

.....
.....

15. Czy ma stałe godziny posiłków?.....

.....
.....

16. Czy dziecko podejmuje próby samodzielnego jedzenia?

.....
.....

II. Bezpieczeństwo

17. Czy dziecko często choruje ?

.....
.....

18. Jakie choroby zakaźne dziecko przebyło?

.....
.....

17. Na jakie inne choroby dziecko chorowało/choruje?

.....
.....

19. Czy dziecko miało utraty przytomności, drgawki, omdlenia? TAK/NIE (jeśli tak proszę opisać w jakich okolicznościach)

.....
.....

20. Czy dziecko jest alergikiem? TAK/NIE (niepotrzebne skreślić)

21. Na co dziecko jest uczulone?

.....
.....

.....
.....

W sytuacji występowania reakcji anafilaktycznych na alergeny wziewne, ukąszenia lub inne prosimy o dostarczenie, najlepiej od lekarza, instrukcji postępowania z dzieckiem; jeśli dziecko przyjmuje stale leki proszę o dostarczenie sposobu dawkowania potwierdzonego przez lekarza.

22. Inne informacje ważne dla postępowania z dzieckiem:

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie informacji na potrzeby Żłobka.

Podpis rodzica /data