**KARTA INFORMACYJNA O DZIECKU**

Cieszymy się, że Państwa dziecko będzie uczęszczało do naszego żłobka. Chcielibyśmy zapewnić dzieciom jak najlepszą opiekę i edukację. Dlatego chcemy poznać jego upodobania i potrzeby. Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety. Państwa informacje i uwagi zostaną wykorzystane do planowania pracy opiekuńczo – wychowawczej oraz edukacyjnej.

Dziecko może przebywać w placówce 10 godzin dziennie w godzinach od 7:00 do 17:00.

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko dziecka**…………………………………………………………………………………………. |
| **Data urodzenia**………………………………..**PESEL**……………...……….................................. |
| **Adres zamieszkania**…………………………………………………………………………… |
| **Godziny pobytu dziecka w żłobku**…………………………………………………………… |

**MAMA**

Imię i nazwisko………………………………………………PESEL………………………….

Telefon kontaktowy…………………………….e-mail………………………………………..

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………...

Wykonywany zawód……………………………………………………………………………

Miejsce pracy, adres……………………………………………………………………………..

**TATA**

Imię i nazwisko………………………………………………PESEL………………………….

Telefon kontaktowy…………………………….e-mail………………………………………..

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………...

Wykonywany zawód…………………………………………………………………………….

Miejsce pracy, adres……………………………………………………………………………..

# INFORMACJE O DZIECKU

1. **Stan zdrowia:**

Czy dziecko jest uczulone? TAK/NIE Jeżeli tak, to na co?........................................................

…………………………………………………………………………………………………..

Czy ma specjalne potrzeby związane z pielęgnacją lub żywieniem? TAK/NIE Jakie? ...................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………..

Czy przebywało w ostatnim czasie w szpitalu? TAK/NIE Jaka była przyczyna? …………......

………………………………………………………………………………………….............

Czy jest pod opieką specjalisty? TAK/NIE Jeżeli tak, z jakiej przyczyny?……………........

…………………………………………………………………………………………………...

Czy dziecko miało komplikacje okołoporodowe/ wady wrodzone/ poważne urazy/ przewlekłe choroby, jeśli tak to jakie ….........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Czy dziecko posiada stopień niepełnosprawności? TAK/NIE

Jeżeli tak, jaki rodzaj i stopień niepełnosprawności? ………………………………………………………………………………………………….

Czy zdarzały się dziecku epizody drgawek gorączkowych? TAK/NIE

Czy zdarzały się dziecku napady padaczkowe? TAK/NIE

Inne uwagi o stanie zdrowia, jakie chcielibyście Państwo przekazać:………………….............

…………………………………………………………………………………………………...

1. **Samodzielność:**

Czy dziecko łatwo rozstaje się z rodzicami? TAK/NIE

Jak reaguje?...................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………...

*Proszę zaznaczyć te stwierdzenia, które charakteryzują Państwa dziecko*

* Potrafi samo się ubrać
* Ubiera się z niewielką pomocą osób dorosłych
* Wymaga pomocy przy ubieraniu
* Samo radzi sobie z jedzeniem
* Wymaga niewielkiej pomocy przy jedzeniu
* Trzeba je karmić
* Pamięta o potrzebach fizjologicznych i radzi sobie samo
* Zgłasza swoje potrzeby, ale wymaga pomocy przy pójściu do toalety
* Trzeba je pilnować, bo zapomina o zgłaszaniu potrzeb fizjologicznych
* Nosi pampersy

Inne uwagi dotyczące samodzielności dziecka…………………………………………………

1. **Jedzenie**
* Praktycznie je wszystko, nie ma specjalnych upodobań
* Je selektywnie, są potrawy których nie lubi np..................................................
* Nie lubi jeść

Czy dziecko powinno być karmione przez opiekuna w grupie? TAK/NIE

Czy w przypadku odmowy przez dziecko zjedzenia posiłku, należy je mimo to namawiać do zjedzenia go? TAK/NIE

1. **Odpoczynek**
* Jest przyzwyczajone do odpoczynku po obiedzie – zasypia bez kłopotów
* Trzeba go nakłaniać do odpoczynku po obiedzie – zasypia z trudnością
* Często płacze, gdy usiłuje się je skłonić do odpoczynku poobiedniego
* Nigdy nie odpoczywa po obiedzie

Jak długo dziecko śpi?…………………………………………………………………………

Jak lubi zasypiać?………………………………………………………………………...........

1. **Ulubione zabawy i zajęcia dziecka w domu**
* Zabawy plastyczne np. ...........................................................................
* Budowa z klocków
* Oglądanie bajek
* Słuchanie bajek czytanych (opowiadanych) przez dorosłych
* Samodzielne oglądanie książek
* Uczestniczenie w czynnościach domowych
* Układanie układanek lub puzzli
* Zabawy ruchowe
* śpiewanie
* taniec
* Inne formy spędzania wolnego czasu…...............................................................

Ulubiona zabawka dziecka z którą się nie rozstaje? …………………………………................

* Czy dziecko ma rodzeństwo? TAK/NIE

Siostra………… wiek…………………..

Brat……………. wiek………………….

1. **Lękliwość i niepokój**
* Lękliwe i niespokojne
* Lęk tylko w uzasadnionych sytuacjach, łatwo go przezwycięża
* Odważne i śmiałe, rzadko wykazuje oznaki niepokoju

Wykazuje lęk przed?............................................................................................................

1. **Agresja**
* Zdarza mu często się przejawiać zachowania agresywne wobec dzieci
* Czasami, np jeśli inne dziecko chce mu wyrwać zabawkę
* Nigdy nie wykazywało takich skłonności
* Przejawia zachowania agresywne w innych sytuacjach (jakich?)……….................

……………………………………………………………………………………….

Jak dziecko zachowuje się gdy się złości?

……………………………………………………………........................................................

Jaki jest najlepszy sposób na postępowanie z dzieckiem, w takiej sytuacji?............................

…………………………………………………………………………………………………...

1. **Ból**

W jaki sposób dziecko najłatwiej uspokoić przy małym bólu: podmuchanie, całus, inne.......................................................................................................................

1. Uprzejmie proszę o przekazanie tych informacji o dziecku, które uznacie Państwo za ważne, a dla przedszkola niezbędne w zapewnieniu prawidłowej opieki.

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

1. **Jakie są Państwa oczekiwania wobec żłobka?** …...............................................................

…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..

**OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

Oświadczam, że:

* Zostałem/em poinformowana/ny, że w trakcie pobytu dziecka w żłobku, że nie mogą być podawane dziecku żadne leki;
* W razie zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka wyrażam zgodę na podjęcie działań medycznych, w tym przewiezienie do szpitala.

………………………………. ………………………………………

 (miejsce i data) (podpis rodzica/opiekuna prawnego)