



## Notatka personalna rodziców /opiekunów/ dziecka.

1. Imię i nazwisko dziecka, data urodzenia  
.....
2. Adres zameldowania / zamieszkania dziecka  
.....
3. Imię i nazwisko matki / opiekuna.....
4. Telefon komórkowy .....
5. Adres e-mail.....
6. Adres zameldowania / zamieszkania  
.....
7. Nazwa i adres zakładu pracy, telefon.....  
.....
8. Imię i nazwisko ojca / opiekuna.....
9. Telefon komórkowy .....
10. Adres zameldowania / zamieszkania  
.....
11. Nazwa i adres zakładu pracy, telefon.....  
.....
12. Imię i nazwisko osoby /pełnoletniej/, upoważnionej do odbioru  
dziecka / seria i nr dowodu tożsamości /
  - a) .....
  - b) .....
  - c) .....
  - d) .....
13. Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo  
mojego dziecka podczas powrotu ze Żłobka z w/w osobami.

Data i podpis rodzica /opiekuna/

.....

# ANKIETA INFORMACYJNA DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia dziecka.....

Data przyjęcia do placówki.....

1. Kto opiekował się dzieckiem do tej pory?/ rodzice, ktoś z rodziny, osoby obce/  
.....
2. Czy dziecko ma rodzeństwo?/ płeć, wiek/ /.....
3. Czy wymawia pojedyncze słowa?/ tak nie /
4. Próbuje mówić zdaniami?/ tak nie /
5. Czy dziecko/ samo siedzi, wstaje, próbuje chodzić, chodzi /?.....
6. Czy dziecko jest pogodne, radosne, smutne, płaczliwe, odważne, lękliwe zamknięte w sobie, nadpobudliwe, spokojne, hałaśliwe?/ podkreślić /
7. Czy w życiu dziecka zachodziły trwalsze zmiany typu wyjazd do krewnych, szpital, wczasy,
8. Czy u dziecka występuje alergia pokarmowa/nietolerancja-jaka?  
.....
9. Czy dziecko jest pod opieką poradni alergologicznej?/ tak nie /  
Nazwa Poradni.....
10. Czy dziecko chorowało poważnie w ciągu ostatnich 3 m-cy? / tak nie /  
podać na co? jakie leki?.....
11. Jak dziecko reaguje w razie wystąpienia wysokiej temperatury 38<sup>o</sup> C i wyższej ?  
Objawy?.....
12. Czy dziecko miewa jakieś dolegliwości? niespokojny sen, brak apetytu, wymioty, katary, wolne stolce, inne? / podkreślić /.....
13. Czy u dziecka występują trudności w zasypianiu? tak nie  
Jakie?.....  
Czy dziecko jest układane do snu dziennego? tak nie  
Jak długo sypia i w jakich godz?.....  
W jakich godzinach odbywa sen nocny?.....  
Przyzwyczajenia, które ułatwiają dziecku zaśnięcie.....
14. Czy u dziecka występują trudności w jedzeniu? tak nie jakie?
15. Czy próbuje jeść łyżeczką? jest karmione? tak nie
16. Czy próbuje pić z kubeczka? tak nie
17. Jakie mleko spożywa?.....
18. Czy u dziecka dotychczas występowały: omdlenia? /tak, nie/ zachłyśnięcia?/tak, nie/  
zanoszenia?/tak, nie/ inne?
19. Czy sygnalizuje potrzeby fizjologiczne? tak nie
20. O jakiej porze miewa najczęściej wypróżnienia?.....  
Czy jest wysadzane na nocnik? tak nie sporadycznie, systematycznie /
21. Czy próbuje samo się rozebrać? tak nie
22. Które z wymienionych zachowań charakteryzują dziecko w złości? / płacz, krzyk, bicie, obrażanie, gryzienie, szczypanie, rzucanie się na ziemię / podkreślić /  
inne?.....  
Jak postępujecie Państwo w takich sytuacjach?.....
23. Co dziecko lubi robić najchętniej? / rysować, tańczyć, słuchać bajek, budować z klocków, oglądać książeczki, biegać, zabawa z piłką / inne?.....
24. Czy dziecko ma jakieś przyzwyczajenia? / ssanie smoczka, palca , noszenie na rękach, kołysanie w wózku, pieluska,/ inne?.....

data i podpis rodzica / opiekuna /

.....



