ŻŁOBEK MIEJSKI
W RAWIE MAZOWIECKIEJ

Data wpływu ankiety……

ANKIETA INFORMACYJNA O DZIECKU

- Imię i nazwisko dziecka ……...
- Data urodzenia dziecka ……....
- Czy dziecko ma rodzeństwo? (jeśli tak to proszę podać wiek)

…….

- Czy dziecko pozostawało pod opieką osób trzecich? (jeśli tak to z kim i przez jaki czas)……..
- Czy dziecko miało już kontakt z rówieśnikami?

  …….……..
- Czy dziecko jest na coś uczulone?

  ……...
- Jeżeli jest uczulone proszę napisać na co (pokarmy, środki pielęgnacyjne, inne)……...

……

……

- Jakie posiłki dziecko spożywało dotychczas? (karmione piersią, dania typu Gerber – słoiczki, gotowane samodzielnie, inne) ……...

..……..……

……

- Czy dziecko ma jakąś specjalną dietę? Jaką?

  ……...
- Czy dziecko spożywa posiłki samodzielnie……..
- Czy dziecko wymaga pomocy przy karmieniu…….
- Czy dziecko trzeba karmić.....……...
- Czy dziecko samodzielnie pije z kubka? …….
- Czy dziecko karmione jest łyżeczką? ……..
- Czy dziecko samodzielnie posługuje się łyżką? ……..

- Czy dziecko chorowało na choroby zakaźne?.....
- Na jakie choroby zakaźne chorowało dziecko? ……...

…….

- Czy dziecko choruje przewlekle? Na co? ……

……...

- Czy dziecko przyjmuje leki na stałe? ……
- Jakie leki na stałe przyjmuje dziecko? Proszę podać nazwę leku oraz jego dawkowanie

  ……...

……

- Czy dziecko śpi w ciągu dnia? Jak długo i w jakich godzinach? ……

…….

- Czy dziecko ma jakieś przyzwyczajenia związane ze snem? (Przytulanka, smoczek, spanie na boku itp.) ……..

…….

- Czy dziecko samodzielnie gryzie/przeżuwa?

  ……...

- Czy dziecko rozumie proste polecenia? ……...
- W jaki sposób dziecko porozumiewa się z otoczeniem? (mimika, gesty, słowa itp.)

……

- W jakich sytuacjach dziecko denerwuje się i złości?

  ……...

……

- Czy dziecko podejmuje próby samodzielnego rozbierania i ubierania? ……..

…….

- Czy dziecko samodzielnie podejmuje próby mycia rąk, zębów? ……
- Czy dziecko zgłasza potrzeby fizjologiczne w ciągu dnia? …….
- Czy dziecko zgłasza potrzeby fizjologiczne w trakcie snu? ……
- Czy dziecko jest wysadzane na nocnik? ……..
- Czy dziecko zgłasza potrzebę fizjologiczną, ale wymaga pomocy……..
- Czy dziecko nosi pampersa……...

- Tylko do spania……
- Całodobowo……..

- Jakie zabawy preferuje dziecko? (ulubiona zabawa, zabawka dziecka) ……..

…….

- Dodatkowe informacje o dziecku:

……
……
……
……
……
…….....
…….

……..……
Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji
(zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. Nr 133, poz. 883)