 ***INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA***

1.Czy dziecko jest pod opieka specjalisty? TAK/NIE np. lekarza, psychologa, fizjoterapeuty,

logopedy , innych .............................................................................................................................

1) Z jakiego powodu ?........................................................................................................................

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

2.Czy ma problemy alergiczne TAK/NIE

1) Jakie? .............................................................................................................................................

3. Czy i na jakie choroby dziecko choruje najczęściej? .....................................................................

4. Jakie choroby zakaźne dziecko przebyło? .....................................................................................

5. Na jakie inne poważne choroby dziecko chorowało / choruje?....................................................

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

6.Czy dziecko miało utraty przytomności , drgawki , omdlenia ? TAK / NIE

7.Czy dziecko przyjmuje jakieś leki ? TAK / NIE

1) Jakie? ............................................................................................................................................

8. Czy w życiu dziecka zachodziły trwalsze zmiany (pobyt w szpitalu) TAK / NIE

1) Z jakiego powodu? .......................................................................................................................

9. Czy dziecko chorowało poważnie w ciągu ostatnich 3 miesięcy? TAK / NIE

1) Na co? ..........................................................................................................................................

10. Czy dziecko miewa jakieś dolegliwości ? (niespokojny sen , brak apetytu , wymioty ,

wolne stolce, katary .........................................................................................................................

Inne? ................................................................................................................................................

11. Czy dziecko:

 1) jest nosicielem wirusa żółtaczki TAK / NIE , typu...................................................................

2) jest nosicielem wirusa HIV TAK / NIE

3) jest nosicielem wirusa innej choroby zakaźnej TAK / NIE (jakiej?) ........................................

4) jest zarażone pasożytem , bakterią TAK / NIE (jaką?)............................................................

5) choruje przewlekle TAK / NIE (rodzaj schorzenia?) .................................................................

6) alergiczne TAK / NIE (jakiego rodzaju?)...................................................................................

7) hospitalizacje , zabiegi chirurgiczne TAK / NIE (z jakiego powodu?)........................................

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

8) wady wrodzone , obciążenia dziedziczne TAK / NIE (jakie?) .................................................

9) jest sczepione zgodnie z kalendarzem szczepień TAK / NIE , ponieważ ................................

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

**INFORMACJE O ROZWOJU DZIECKA ORAZ O CZYNNIKACH WPŁYWAJĄCYCH NA ROZWÓJ**

1. Od którego miesiąca życia dziecko :

1. Obraca się z brzucha na plecy...............................................................................................
2. Czworakuje...........................................................................................................................
3. Chodzi przy przedmiotach....................................................................................................
4. Chodzi samodzielnie.............................................................................................................
5. Komunikuje się za pomocą mimiki , gestów ........................................................................
6. Używa pojedynczych wyrazów.............................................................................................
7. Wypowiada proste zdania....................................................................................................
8. Pije z kubka (zwykłego , nie dotyczy „niekapka”).................................................................
9. Jest karmione łyżeczką ........................................................................................................
10. Je samodzielnie.....................................................................................................................
11. Ubiera / rozbiera się samodzielnie (lub z niewielką pomocą np. przy zapinaniu guzików, wiązaniu butów)...................................................................................................................
12. Myje samodzielnie ręce ......................................................................................................
13. Sygnalizuje potrzeby fizjologiczne........................................................................................

2. Od którego i do którego miesiąca życia dziecko :

1. Było karmione piersią .........................................................................................................
2. Było karmione butelką ........................................................................................................
3. Używało smoczka „uspokajacza” w jakich okolicznościach (do zasypiania, podczas snu , w trakcie zabawy) ...................................................................................................................

**INFORMACJE DOTYCZĄCE ŻYWIENIA DZIECKA :**

1.Rodzaj mleka ................................................................................................................................

2. Ograniczenia dietetyczne ............................................................................................................

3. Zmiany w żywieniu w czasie pobytu w Żłobku (proszę dołączyć zaświadczenie

lekarskie , bądź informację lekarską) …………………………………………………………………………………………

4. Inne ważne informacje o dziecku ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**OŚWIADCZAM , ŻE INFORMACJE PODANE W KARCIE SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM.**

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

 data podpis rodzica / opiekuna

 ***KARTA INFORMACYJNA DZIECKA***

Informacje zawarte w Karcie umożliwią nam szybsze poznanie Państwa dziecka , łatwiejszy z nim kontakt , zaoszczędzą wielu pytań , ułatwią opiekę nad dzieckiem.

**I .** Imię i nazwisko dziecka ..................................................................................................................

II. Informacje podstawowe :

1. Jak Państwo zwracacie się do dziecka? ..........................................................................................

2. Czy dziecko łatwo rozstaje się z bliskimi? .......................................................................................

3. Czy dziecko ma rodzeństwo (wiek rodzeństwa)..............................................................................

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

4.Czy dziecko uczęszczało wcześniej do żłobka/placówki opiekuńczej? ...........................................

Jeśli tak, to kiedy ................................................................................................................................

Jak wyglądała adaptacja Państwa dziecka? ........................................................................................

5. Które z poniżej wymienionych cech charakteryzują Państwa dziecko? Wesołe, spokojne, ruchliwe, nadpobudliwe, płaczące, odważne, wrażliwe, lękliwe, zamknięte w sobie ,

inne (jakie) ..........................................................................................................................................

6. W kontaktach z innymi dziecko? Narzuca swoja wolę , współdziała , jest uległe, jest

obojętne , inne (jakie?) ......................................................................................................................

7. Które z wymienionych zachowań charakteryzuje Państwa dziecko w złości? Płacz,

krzyk, rzucanie na ziemie, bicie, obrażanie, inne (jakie?)...................................................................

8. Jaki jest najlepszy sposób postępowania z Państwa dzieckiem w trakcie napadu złości?

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

9. Czy są sytuacje , których dziecko nie lubi lub się boi? ...................................................................

(jakie?) ...............................................................................................................................................

10. Co dziecko najlepiej lubi robić (proszę podkreślić) : rysować , malować , lepić z plasteliny, budować z klocków , słuchać bajek, oglądać książeczki, biegać , tańczyć, inne

(jakie?).................................................................................................................................................

11. Najczęściej dziecko bawi się (proszę podkreślić) : samo, z opiekunem , z innymi dziećmi

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

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

13.Czy dziecko porozumiewa się za pomocą słów? ...........................................................................

 Jak dziecko mówi gdy:

1. Chce jeść.................................................................................................................................
2. Chce spać...............................................................................................................................
3. Coś je boli................................................................................................................................

14.Czy dziecko korzysta z nocnika? TAK/NIE

15. Czy dziecko śpi w ciągu dnia, w jakich godzinach ? ......................................................................

16. Czy dziecko zasypia samo? TAK/NIE

17. Przyzwyczajenie , które ułatwiają dziecku zaśnięcie : ..................................................................

18. Czy dziecko lubi jeść? TAK/NIE

1. Co najbardziej?.......................................................................................................................
2. Czego najbardziej nie lubi jeść? .............................................................................................

19. Czy dziecko je łyżeczką / z butelki ? .............................................................................................

20. Czy dziecko podejmuje próby samodzielnego jedzenia? .............................................................

21. Czy w sytuacji odmowy przyjęcia przez dziecko posiłku należy je namawiać do zjedzenia? ............................................................................................................................................................

22.Czy dziecko potrafi samodzielnie:

1) jeść TAK/NIE

2) chodzić TAK/NIE

3) myć ręce TAK/NIE

4) założyć kapcie TAK/NIE

23. Kto dotąd opiekował się dzieckiem : matka, ojciec, babcia, dziadek , ktoś z rodziny,

osoby obce ? ......................................................................................................................................

24. Czy dziecko samo siada , raczkuje, wstaje , próbuje chodzić (wypełniamy gdy

dziecko jest niemowlęciem) ...............................................................................................................

25. Czy dziecko rozumie co się do niego mówi?.................................................................................

 1) Wymawia pojedyncze słowa ? ....................................................................................................

 2) Próbuje mówić zdaniami ?..........................................................................................................

26. Czy dziecko ma jakieś przyzwyczajenia ? ssanie palca , ssanie smoczka , kołysanie się przyzwyczajenie do noszenia na rękach ? ..........................................................................................

inne (jakie?) ........................................................................................................................................

27. Inne ważne informacje..................................................................................................................

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

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

 data podpis rodzica / opiekuna