**ANKIETA INFORMACYJNA O DZIECKU**

Drodzy Rodzice ! Bardzo cieszymy się, że Państwo wybrali naszą placówkę dla swojego

dziecka. Doskonale zdajemy sobie sprawę z tego, jak wielkim przeżyciem dla dziecka i dla

rodziców jest rozpoczęcie edukacji. Jednak, to co nowe nie musi być trudne. Trudne sytuacje

bardzo szybko zmieniają się w przyjemne chwile, trzeba się jednak do nich dobrze

przygotować. Ze swojej strony postaramy się zrobić wszystko aby debiut Państwa dziecka był

jak najmniej stresujący i łączył się z miłymi przeżyciami.

Dlatego, chcemy poznać Wasze dziecko jeszcze zanim przekroczy próg naszego Punktu

Dziennej Opieki, jego upodobania i potrzeby oraz Państwa oczekiwania w stosunku do

Dziennego Opiekuna. Szczere, wyczerpujące informacje podane w ankiecie będą nam bardzo

pomocne przy organizowaniu pracy z Państwa dzieckiem i całą grupą.

**Imię i nazwisko dziecka**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lubi być nazywane\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data urodzenia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefony kontaktowe:

Dom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mama\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Czy Wasze dziecko uczęszczało wcześniej do jakiejś placówki ( klubiku )? TAK / NIE

2. Kto opiekował się dzieckiem zanim trafiło do naszej placówki ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Czy dziecko przebywało w szpitalu ? TAK / NIE Jak długo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Czy dziecko jest pod opieką specjalisty? TAK / NIE Jakiego? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Czy dziecko jest uczulone? TAK / NIE Na co ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Proszę o wpisanie innych uwag dotyczących stanu zdrowia dziecka, które chcielibyście

Państwo nam przekazać\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Czy dziecko ma rodzeństwo? TAK / NIE W jakim wieku ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Czy dziecko śpi w ciągu dnia TAK / NIE

Jak długo ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_w jakich godzinach?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Czy dziecko używa smoczka w ciągu dnia lub do snu? TAK / NIE

9. Ile posiłków jada dziecko w ciągu dnia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Jakie mleko(modyfikowane) pije dziecko? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ile razy

dziennie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Czy dziecko jest karmione piersią? TAK / NIE

12. Czy dziecko jada już przeciery owocowe, owoce w kawałkach? TAK / NIE

13. Czy dziecko jest „dopajane” w ciągu dnia? TAK / NIE

Jeśli tak, to co pije dodatkowo oprócz mleka? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Czy dziecko je obiadki ze słoiczków czy ma gotowane posiłki?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Czy dziecko nie toleruje jakiegoś owocu, warzywa?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. Czy dziecko jest samodzielne przy jedzeniu TAK / NIE WYMAGA NIEWIELKIEJ

POMOCY

17.Czy dziecko samo załatwia potrzeby fizjologiczne? TAK / NIE, NA NOCNICZEK / NA

UBIKACJI

18. Czy dziecko łatwo rozstaje się z mamą ? TAK / NIE

19. Proszę podkreślić trzy charakterystyczne cechy dziecka :

- pogodne, spokojne, ruchliwe, lękliwe, zamknięte w sobie, bardzo odważne,

Inne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20. Proszę podkreślić w jaki sposób dziecko funkcjonuje w kontaktach z innymi :

- jest uległe, narzuca swoja wolę, chętnie współdziała, jest troskliwe, jest

obojętne, często jest zazdrosne, jest samolubne, uwielbia towarzystwo, woli

bawić się samo

Inne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

21. Gdy się zdenerwuje, gdy mu się czegoś zabroni najczęściej ( proszę podkreślić )

- płacze, rzuca się na podłogę, rzuca przedmiotami, krzyczy, bije innych, kopie,

zamyka się w sobie, odchodzi, szlocha, inne:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

22. Czy są sytuacje których dziecko szczególnie się boi? TAK / NIE

Jakie to są sytuacje ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

23. W domu dziecko najczęściej bawi się ( proszę wpisać ulubione zajęcia, zabawy dziecka )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_