

Gminny Żłobek w Dziemianach
ul. Wyzwolenia 20,
83-425 Dziemiany
e-mail: zlobek@dziemiany.pl

1. ANKIETA INFORMACYJNA O DZIECKU

Nazwisko i imię..... Data urodzenia.....

INFORMACJE O DZIECKU:

Proszę zaznaczyć lub uzupełnić te stwierdzenia, które charakteryzują Państwa dziecko:
Proszę, w kilku określeniach scharakteryzować dziecko: np. jest pogodne, radosne, otwarte,
smutne, często płacze, jest ruchliwe, spokojne itp.

.....
.....

Zachowanie dziecka

Czy i jak dziecko siebie nazywa?

Komunikuje się za pomocą:

o gestów i mimiki

o używa pojedynczych wyrazów

o buduje proste zdania

o mówi płynnie

o

o

W nowych sytuacjach jest:

o onieśmiałe

o swobodne

o zaniepokojone

o

Czy najczęściej bawi się:

o Samo

o z opiekunem

o z innymi dziećmi

o

Jak dziecko zachowuje się gdy jest zdenerwowane lub się złości?

o płacze-przewraca się na ziemię

o bije innych

o niszczy zabawki

o gryzie

o zamyka się w sobie

o raczej ustępuje

o prosi o pomoc opiekunów

o

Czego dziecko się boi?

.....
.....

2

Czynności higieniczne i samoobsługa:

Czy dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne? TAK/NIE

Czy korzysta z nocnika? TAK/NIE

Czy dziecko używa pampersów?

o zawsze

o sporadycznie (np. podczas spaceru itp.)

o tylko do spania

o nie używa

o

Czy potrzebuje pomocy przy myciu rącek i buzi? TAK/NIE

Czy wymaga pomocy przy ubieraniu i rozbieraniu odzieży, bucików? TAK/NIE

Jedzenie:

Czy dziecko wymaga pomocy przy jedzeniu? TAK/NIE

Czy dziecko próbuje jeść samodzielnie? TAK/NIE

Czy podawane są pokarmy stałe (nierozdrobnione)? TAK/NIE

Potrafi pić z kubeczka TAK/NIE

Potrafi pić tylko z butelki TAK/NIE

Czy dziecko podlega diecie żywieniowej, jeśli tak to jakiej?

.....
 Czy jest uczulone na jakieś produkty, jeśli tak to na jakie?

.....
Uwaga: Jeżeli dziecko ma wskazania do eliminacji produktów należy dostarczyć zaświadczenie od specjalisty ze wskazaniem tych produktów.

Sen:

W jakich godzinach dziecko śpi w ciągu dnia?

Czy usypia samo czy w obecności osoby dorosłej?

Czy wymaga kołysania? TAK/NIE

Czy przy usypianiu potrzebuje pieluchy, smoczka, zabawki itp.?

.....
 Inne przyzwyczajenia ułatwiające dziecku zaśnięcie

Zdrowie:

Czy często choruje? TAK/ NIE

Jeżeli tak, to na jakie choroby najczęściej?

.....
 Jakie choroby zakaźne przebyło dziecko?

.....
 Czy miało wypadki? TAK/ NIE

Jeżeli TAK to jakie?

.....
 Czy miało utraty przytomności? TAK/ NIE

Czy w rozwoju dziecka występowały zaburzenia lub nieprawidłowości? TAK/ NIE

Jeśli tak, to jakie?

Kiedy się pojawiły? (wiek dziecka)

Czym się przejawiały?

.....
 Czy dziecko jest pod stałą opieką specjalistyczną ? TAK/ NIE

Od kiedy?

Jacy specjaliści opiekują się dzieckiem?

.....

3

Które z zaleceń specjalistów powinny być wypełniane również w żłobku?

.....
 Czy dziecko na stałe przyjmuje leki?

Jeśli tak to jakie?

Czy u dziecka występuje alergia? TAK/ NIE – jeżeli TAK to jakiego typu

.....
.....
WAŻNE!!! Jeżeli dziecko ma stwierdzoną alergię np. pokarmową należy dostarczyć zaświadczenie od specjalisty ze wskazaniem diety oraz ze wskazaniem potraw, które należy wykluczyć a jakie wprowadzić, celem zastosowania diety eliminacyjnej.

Proszę wpisać inne ważne problemy rozwojowe dziecka

.....
.....
WAŻNE

Każde dziecko w naszym żłobku obchodzi swój dzień (imieniny lub urodziny). Proszę podać datę (jedną) święta dziecka

.....
MOJE DZIECKO

- jak nazywać dziecko (pełne imię, zdrobnienie)
- oczekuje czułości gdy
- denerwuje się gdy
- lubi bawić się (czym)
- ulubione zabawki to:

Inne informacje o dziecku:

.....
.....
OCZEKIWANIA RODZICÓW względem opiekunów, placówki:

.....
.....
Informacje zbieraną są w celu lepszego poznanie dziecka oraz posłużą w zorganizowaniu codziennego pobytu dziecka w żłobku.

Zgadzam się na zbieranie wymienionych danych i informacji wyłącznie na użytek Gminnego Żłobka w Dziemianach

Data Podpis matki

Data Podpis ojca