

## INFORMACYJNA KARTA DZIECKA

Informacyjna Karta Dziecka to ankieta, której wypełnienie umożliwi nam szybsze poznanie Państwa dziecka. Pozwoli nam na łatwiejszy z nim kontakt i wypracowanie indywidualnych sposobów opieki. Wszelkie uzyskane informacje pozostają wyłącznie do wiedzy żłobka i nie będą udostępniane bez Państwa wiedzy i zgody. Prosimy o bieżące aktualizowanie naszej wiedzy.

### I. Informacje podstawowe

Imię i nazwisko dziecka ..... wiek .....

1. Czy dziecko po raz pierwszy rozstaje się z bliskimi ? TAK/NIE (niepotrzebne skreślić)
2. Czy było pod opieką obcej osoby ? Jak reagowało ? .....  
.....  
a) na jaki czas było zostawione z obcą osobą ? .....
3. Czy dziecko jest jedynakiem czy ma rodzeństwo ? .....
4. Czy dziecko miało kontakt z rówieśnikami: dziećmi starszymi /młodszyimi ? .....
5. Które z poniżej wymienionych cech charakteryzują Państwa dziecko (proszę podkreślić kilka):  
wesołe, spokojne, ruchliwe, nadpobudliwe, płaczliwe, odważne, płaczliwe, odważne, wrażliwe,  
łękliwe, wyciszone, niespokojne, śmiałe wobec obcych, inne (jakie?)  
.....
6. Które z wymienionych zachowań charakteryzuje Państwa dziecko w złości (proszę podkreślić):  
płacz, krzyk, rzucanie się na ziemię, obrażanie się, ucieczka, agresja wobec siebie, histeria,  
rzucanie przedmiotami, inne (jakie?)  
.....
7. W jaki sposób postępujecie Państwo z dzieckiem w trakcie napadu złości ? Co je uspokaja ?  
.....  
.....
8. Czy jest coś /ktoś, czego się boi dziecko?  
.....  
.....
9. Co dziecko najlepiej lubi robić (proszę podkreślić): rysować, malować, lepić z plasteliny, budować  
z klocków, słuchać bajek, oglądać książeczki, biegać, tańczyć, bawić się zabawkami (jakimi?)  
.....  
.....
10. Czy i w jaki sposób dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne ? .....
11. Czy były próby nauki korzystania z nocnika, sedesu? .....
12. Czy dziecko porozumiewa się za pomocą słów ? Jak dziecko sygnalizuje gdy:  
a) chce jeść .....

- b) chce spać .....
- c) coś je boli .....

13. Czy dziecko śpi w ciągu dnia, jak długo i w jakich godzinach ? .....

14. Co dziecko lubi jeść ? .....

15. Czego nie lubi jeść ? .....

16. Czy ma stałe godziny posiłków ? (jeżeli TAK proszę podać) .....

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

## II. Bezpieczeństwo

18. Czy dziecko często choruje ? .....

19. Jakie choroby zakaźne dziecko przebyło ? .....

20. Na jakie inne choroby dziecko chorowało /choruje? .....

21. Czy dziecko miało utraty przytomności, drgawki, omdlenia ? TAK/NIE (jeśli TAK proszę opisać w jakich okolicznościach) .....

22. Czy dziecko jest alergikiem ? TAK/NIE (niepotrzebne skreślić)

23. Na co dziecko jest uczulone ? .....

*W sytuacjach występowanie reakcji anafilaktycznych na alergeny wziewne, ukąszenia lub inne, prosimy o dostarczenie od lekarza instrukcji postępowania z dzieckiem.*

24. Inne informacje ważne dla postępowania z dzieckiem: .....

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie informacji na potrzeby Żłobka.**

.....  
(data i czytelny podpis matki /opiekuna prawnego)

.....  
(data i czytelny podpis ojca /opiekuna prawnego)