** 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.**

1. **Informacje podstawowe**

**Imię i nazwisko dziecka**.............................................................., **wiek** .................................

1. Czy dziecko po raz pierwszy rozstaje się z bliskimi? TAK/ NIE *(właściwe zaznaczyć)*
2. Czy dziecko było pod opieką osoby obcej? Jak reagowało?.........................................................  
   .......................................................................................................................................................  
   - na jaki czas było zostawiane z obcą osobą?................................................................................
3. Czy dziecko jest jedynakiem czy ma rodzeństwo?........................................................................  
   .......................................................................................................................................................
4. Czy dziecko miało kontakt z rówieśnikami, dziećmi starszymi/młodszymi?...............................  
   .......................................................................................................................................................
5. Które z poniższych wymienionych cech charakteryzują Państwa dziecko( proszę podkreślić kilka): *ruchliwe, wesołe, spokojne, płaczliwe, odważne, lękliwe, wyciszone, niespokojne, śmiałe wobec innych, inne ( jakie?).............................................................................................*..........................
6. Które z wymienionych zachowań charakteryzuje Państwa dziecko w złości ( proszę podkreślić): *płacz, krzyk, rzucanie na ziemię, obrażanie się, ucieczka, agresja wobec innych, 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 dziecko się boi?......................................................................................
9. Co dziecko najbardziej lubi robić *(* ***proszę podkreślić***): rysować, lepić z plasteliny, budować z klocków., słuchać bajek, oglądać książeczki, biegać , tańczyć, bawić się zabawkami ( jakimi?)  
   ......................................................................................................................................................
10. Czy i w jaki sposób dziecko sygnalizuje swoje potrzeby fizjologiczne?.....................................  
    .......................................................................................................................................................
11. Czy były próby nauki korzystania z nocnika/sedesu?..................................................................  
    .......................................................................................................................................................
12. Czy dziecko umie korzystać z toalety/nocnika? TAK NIE *(właściwe zaznaczyć)*
13. Czy dziecko porozumiewa się za pomocą słów? Jak sygnalizuje, gdy:  
    chce jeść.........................................................................................................................................  
    chce spać...........................................................................................................................................  
    coś je boli............................................................................................................................................
14. Czy dziecko śpi w ciągu dnia, jak długo i w jakich godzinach?..........................................................  
    ..............................................................................................................................................................
15. Co dziecko lubi jeść? Czego nie lubi jeść...........................................................................................  
    ..............................................................................................................................................................
16. Czy ma stałe godziny posiłków?........................................................................................................  
    ............................................................................................................................................................
17. Czy dziecko podejmuje próby samodzielnego jedzenia? TAK NIE *(właściwe zaznaczyć)*
18. Czy dziecko używa smoczka? TAK NIE *(właściwe zaznaczyć)*

**Bezpieczeństwo**

1. Czy dziecko często choruje? TAK NIE *(właściwe zaznaczyć)*
2. Jakie choroby zakaźne dziecko przebyło?...........................................................................................
3. Czy dziecko miało utraty przytomności, drgawki, omdlenia? TAK/NIE. *(właściwe zaznaczyć).* .Jeśli tak, proszę opisać w jakich okolicznościach..............................................................................  
   ..............................................................................................................................................................
4. Czy dziecko jest alergikiem? TAK/NIE *(właściwe zaznaczyć)*
5. Na co dziecko jest uczulone?...............................................................................................................  
   ..............................................................................................................................................................
6. Inne informacje ważne dla postępowania z dzieckiem:.......................................................................  
   ..............................................................................................................................................................
7. Czy są Państwo zainteresowani udziałem dziecka w:

a)zajęciach z języka angielskiego TAK NIE *(właściwe zaznaczyć)*

1. spektaklach teatralnych dla dzieci TAK NIE *(właściwe zaznaczyć)*
2. dogoterapią TAK NIE *(właściwe zaznaczyć)*
3. rytmiką TAK NIE *(właściwe zaznaczyć)*

**26**.Czy mają Państwo dodatkowo inne propozycje/ oczekiwania? Jeśli tak to jakie? ……………………………………………………………………………………………………………

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie informacji na potrzeby Żłobka*.

Szczecinek, dnia................................ ..................................................  
 *( podpis rodzica)*