

## Karta Informacyjna Dziecka

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

### Dane dziecka

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

Data i miejsce urodzenia .....

### Dane dotyczące Rodziców/Opiekunów

#### Mama

Imię i nazwisko.....

tel. domowy..... tel. komórkowy.....

tel. do pracy..... e-mail.....

#### Tata

Imię i nazwisko.....

tel. domowy..... tel. komórkowy.....

tel. do pracy..... e-mail.....

### Informacje podstawowe

1. Jak dziecko samo siebie nazywa? .....

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

3. Czy dziecko łatwo rozstaje się bliskimi? .....

4. Czy dziecko ma rodzeństwo (wiek rodzeństwa)? .....

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

Jeśli tak, to kiedy?.....

Jak wyglądała adaptacja Państwa dziecka?

.....

6. Które z poniżej wymienionych cech charakteryzują Państwa dziecko? wesole, spokojne, ruchliwe, nadpobudliwe, płaczliwe odważne, wrażliwe, lękliwe, zamknięte w sobie, Inne (jakie?)

.....

7. W kontaktach z innymi dziecko? narzuca swoją wolę, współdziała, jest uległe, obojętne, Inne (jakie?).....

8. Które z wymienionych zachowań charakteryzuje Państwa dziecko w złości? płacz, krzyk, rzucanie na ziemię, bicie, obrażanie, Inne (jakie?).....

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

.....

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

Jakie?.....

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

12. Najczęściej dziecko bawi się (proszę podkreślić): Samo, z opiekunem, z innymi dziećmi

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

.....

14. Czy dziecko porozumiewa się za pomocą słów?

Jak dziecko mówi gdy:

- chce jeść .....
- chce spać .....
- coś je boli .....

15. Czy dziecko korzysta z nocnika? TAK/NIE

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

17. Czy dziecko zasypia samo? TAK/NIE

18. Przyzwyczajenia, które ułatwią dziecku zaśnięcie:

.....

19. Czy dziecko lubi jeść? TAK/NIE

a) co najbardziej? .....

b) czego najbardziej nie lubi jeść? .....

20. Co dziecko najchętniej pije (woda, soki, herbatki)? .....

21. Czy dziecko je łyżeczką/z butelki?

22. Czy dziecko podejmuje próby samodzielnego jedzenia?

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

24. Czy potrafi samodzielnie:

a) jeść TAK/NIE

b) chodzić TAK/NIE

c) myć ręce TAK/NIE

d) założyć kapturę TAK/NIE

#### IV. Informacje o stanie zdrowia dziecka:

1. Czy dziecko jest pod opieką specjalisty? TAK/NIE Jakiego? .....

2. Czy ma problemy alergiczne? TAK/NIE 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 Jakie? .....

8. Inne ważne informacje:.....

***Oświadczam, że informacje podane w Karcie są zgodne ze stanem faktycznym.***

Data i podpis Rodzica /Opiekuna prawnego