ANKIETA INFORMACYJNA O DZIECKUROZPOCZYNAJĄCYM POBYT

W KLUBIE MALUCHA w Wirach

Rodzice ! W związku z rozpoczęciem przez Państwa dziecko pobytu w naszym Klubie Malucha prosimy o uzupełnienie poniższej ankiety. Ma ona na celu lepsze poznanie Państwa dziecka, jego upodobań czy potrzeb a także stworzenie miłej i bezstresowej atmosfery w nowym miejscu.

INFORMACJE DOTYCZACE DZIECKA :

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

1. Kto opiekował się dzieckiem : mama, babcia, ktoś z rodziny, niania ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

2. Czy dziecko jest pogodne, radosne ? Czy też smutne i często płacze ? Czy dziecko jest ruchliwe, lub też spokojne ? ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

3. Czy dziecko samo siada, raczkuje, próbuje chodzić, chodzi pewnie – dotyczy dzieci młodszych ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4. Czy dziecko pije z butelki, kubeczka, kubka niekapka ,czy umie jeść z łyżeczki ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

5. Czy dziecko próbuje samodzielnie jeść ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

6. Czy zgłasza potrzeby fizjologiczne, umie korzystać z nocnika ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

7. Czy dziecko jest układane do snu dziennego ? Jak długo sypia w ciągu dnia i w jakich godzinach ? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

8. Czy dziecko ma jakieś przyzwyczajenia : smoczek, pieluszka, przytulanka, kołysanie itp. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

9. Czy dziecko próbuje samo się rozbierać ? – dotyczy dzieci starszych ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

10. Czy u dziecka występuje alergia – jakiego typu ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

11. Jeżeli jest to alergia pokarmowa to proszę o dokładne pisemne podanie (na podstawie zaświadczenia od lekarza) jakie potrawy w żywieniu dziecka należy wykluczyć a jakie wprowadzić, celem zastosowania diety eliminacyjnej.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

12. Jakiego typu Mleko podajecie Państwo swojemu dziecku ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

13. Inne uwagi o dziecku ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………..

Podpis rodzica