**ANKIETA INFORMACYJNA O DZIECKU**

Drodzy rodzice!

Wasze dziecko rozpoczyna nowy i ważny etap w swoim życiu. Aby ułatwić mu czas adaptacji w naszym żłobku prosimy o wypełnienie poniższej ankiety. Dzięki niej będziemy mogły poznać zwyczaje, upodobania oraz potrzeby Państwa maluszka.

 **PODSTAWOWE INFORMACJE:**

Imię i nazwisko dziecka………………………………………………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia……………………………………………………………………………………………………………

Czy dziecko uczęszczało wcześniej do żłobka/klubu dziecięcego?.................................................

Jak najczęściej zwracają się Państwo do dziecka…………………………………………………………………………

Czy dziecko mówi w sposób zrozumiały dla otoczenia?................................................................

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

Czy dziecko łatwo rozstaje się z rodzicami

* TAK
* NIE

Czy dziecko zostaje pod opieką innych osób niż rodzice?

* TAK
* NIE

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy dziecko ma rodzeństwo? W jakim wieku?

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

Czy dziecko śpi w ciągu dnia?/ Jak długo? / Najczęściej o jakich godzinach?

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

W jaki sposób dziecko zasypia?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**STAN ZDROWIA**

Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej?

* TAK
* NIE

Jeśli tak, proszę podać jakiej……………………………………………………………………………………………………………….

Czy przyjmuje leki na stałe?

* TAK
* NIE

Jeśli tak, proszę podać jakie………………………………………………………………………………………………………….

Czy dziecko było szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień?

* TAK
* NIE

**\*potwierdzamy odpowiedni zaświadczeniem lekarskim**

 **JEDZENIE**

Czy dziecko samodzielnie spożywa posiłki?

* TAK
* NIE

Czy jest alergikiem?

* TAK
* NIE

Jeśli tak, proszę podać na co…………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**\*alergie poświadczamy zaświadczeniem lekarskim**

Czy dziecko jest niejadkiem/ ma specjalne potrzeby żywieniowe?

* TAK
* NIE

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Co dziecko lubi jeść/ pić?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

Czego dziecko nie lubi jeść/pić?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 **ZABAWA**

Jak spędzacie Państwo czas wolny z dzieckiem?

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

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

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

Co dziecko lubi robić? W co najchętniej się bawi?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* Ulubione zabawki………………………………………………………………………………………………………..

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

* Ulubione książeczki………………………………………………………………………………………………………

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

Co sprawia dziecku radość?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Czego dziecko nie lubi robić?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 **ZACHOWANIE**

Czy jest coś, czego dziecko się boi?

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

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

W jakich sytuacjach dziecko się denerwuje?

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

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

Jak można pomóc dziecku, gdy jest zdenerwowane, niespokojne?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy dziecko przejawia zachowania niepożądane?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

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

**Proszę o przekazanie tych informacji o dziecku, które uznacie Państwo za ważne:**

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

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

 **Proszę napisać o swoich oczekiwaniach wobec opiekunów żłobka „Kraina brzdąca”**

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

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

*Bardzo dziękujemy!*

*-opiekunki żłobka „Kraina Brzdąca”*