

INFORMACJE O DZIECKU

1. Dane dziecka:

Imię i nazwisko:

PESEL :

Adres zamieszkania:

2. Przebyte choroby:

TAK/NIE

JAKIE?

3. Czy aktualnie mówi prostymi zdaniami?

4. Czy sygnalizuje potrzeby fizjologiczne?

TAK/NIE

- dziecko nie potrafi jeszcze samodzielnie korzystać z nocnika/toalety (nosi pieluszkę)
- dziecko samodzielnie korzysta z nocnika/toalety
- dziecko z pomocą opiekuna korzysta z nocnika/toalety, ale nosi pieluszkę

(Podkreślić właściwą odpowiedź).

5. Czy dziecko korzysta ze smoczka?

TAK/NIE

Jeśli tak, to w jakich sytuacjach?

6. Czy dziecko jest na coś uczulone?

7. Dziecko usypia:

- przed obiadem
- po obiedzie
- samo
- w obecności osoby dorosłej

Przyzwyczajenie, które ułatwia dziecku zasypianie, to:

8. Czy dziecko wymaga pomocy przy jedzeniu?

9. Czy w rozwoju dziecka występowały/występują jakieś zaburzenia?

10. Wyraża się za pomocą:

- gestów
- mimiki
- używa pojedynczych wyrazów
- buduje proste zdania

11. Spostrzeżenia o dziecku, którymi chcielibyście Państwo się z nami podzielić?

12. Uwagi bądź życzenia:

data

data

podpis matki/
opiekuna prawnego

podpis ojca/
opiekuna prawnego