

KARTA INFORMACYJNA

1. Imię i nazwisko Dziecka
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. PESEL
4. Adres zamieszkania:
5. Data przyjęcia Dziecka do żłobka

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA (OPIEKUNA)
 tel.
 seria i nr dowodu osobistego:

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA (OPIEKUNA)
 tel.
 seria i nr dowodu osobistego:

DANE NA TEMAT ZDROWIA DZIECKA:

1. Czy Dziecko jest niepełnosprawne? TAK / NIE
 Jeśli tak, jakiego rodzaju niepełnosprawność występuje:
2. Czy Dziecko jest pod opieką specjalisty? TAK / NIE
 Jeśli tak to jakiego i od kiedy?
3. Czy Dziecko jest alergikiem? TAK / NIE
 Jeśli tak to na co jest uczulone?

4. Czy realizują Państwo szczepienia obowiązkowe zgodnie z kalendarzem szczepień?
 TAK / NIE
5. Czy Dziecko było szczepione na ospę? TAK / NIE
6. Przebyte choroby zakaźne:
7. Jak Dziecko reaguje na złe samopoczucie/chorobę/wysoką temperaturę?

8. Czy dziecko miało utraty przytomności, drgawki, omdlenia? TAK / NIE
9. Czy dziecko ma uczulenie na ukąszenia owadów (pszczoły, osy itd.)? TAK / NIE
10. Czy w rozwoju dziecka występowały / występują jakieś zaburzenia lub
 nieprawidłowości? TAK / NIE
 Jeżeli tak to jakie?

OGÓLNE INFORMACJE O DZIECKU:

1. Z kim Dziecko jest najbardziej związane?
2. Czy istnieją sytuacje stresujące dla Dziecka – czegoś nie lubi, boi się itp.?

3. Jak Dziecko zachowuje się w nowych sytuacjach?

4. Charakterystyka Dziecka (prosimy zaznaczyć te określenia, które najlepiej opisują charakter i zachowanie Dziecka): ciche; spokojne; rozważne; wrażliwe; płaczliwe; lękliwe; żywe; ruchliwe, odważne; indywidualista-wszystko robi po swojemu, samodzielnie; zamknięte w sobie
5. Ulubione zajęcie Dziecka w domu?
.....
.....
.....
6. Jak Dziecko znosi rozstanie z Rodzicami / Opiekunami?
.....
.....
.....
7. Czy Dziecko lubi zabawy w grupie rówieśniczej? Jak zachowuje się wśród innych Dzieci?
.....
.....
.....
8. Czy są potrawy, których Dziecko szczególnie nie lubi?
.....
9. Czy są potrawy, które Dziecko bardzo lubi?
.....
10. Czy Dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne? TAK / NIE
Jeśli tak, w jaki sposób?
11. Czy dziecko używa smoczka? TAK / NIE / W OKREŚLONYCH SYTUACJACH (zdenerwowanie, drzemka):
12. Czy Dziecko śpi w ciągu dnia? TAK / NIE / NIE ZAWSZE ŚPI, ALE KŁADZIE SIĘ I ODPOCZYWA. W jakich godzinach i jak długo?
13. Czy Dziecko ma jakieś przyzwyczajenia/rytuały, które ułatwiają mu zasypianie?
.....
.....
.....
14. Które z wymienionych zachowań charakteryzuje Państwa Dziecko w złości : płacz, krzyk, rzucanie na ziemię, bicie, obrażanie, inne (jakie?)
.....
15. Jaki jest najlepszy sposób postępowania z Państwa Dzieckiem w trakcie napadu złości? Jak można je uspokoić, wyciszyć?
.....
.....
16. Dodatkowe informacje od Rodziców / Opiekunów, które pomogą nam w opiece nad Dzieckiem, a Maluszkowi ułatwią adaptację:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Podpis Rodzica (Opiekuna prawnego)

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA:

OSOBY UPOWAŻNIONE DO ODBIORU DZIECKA (OSOBA PEŁNOLETNIA):

(proszę o wpisanie również danych Rodziców / Opiekunów Prawnych)

1. Imię i nazwisko
2. Kim jest dla Dziecka osoba upoważniona
3. Numer dowodu osobistego
4. Telefon kontaktowy

1. Imię i nazwisko
2. Kim jest dla Dziecka osoba upoważniona
3. Numer dowodu osobistego
4. Telefon kontaktowy

1. Imię i nazwisko
2. Kim jest dla Dziecka osoba upoważniona
3. Numer dowodu osobistego
4. Telefon kontaktowy

1. Imię i nazwisko
2. Kim jest dla Dziecka osoba upoważniona
3. Numer dowodu osobistego
4. Telefon kontaktowy

1. Imię i nazwisko
2. Kim jest dla Dziecka osoba upoważniona
3. Numer dowodu osobistego
4. Telefon kontaktowy

1. Imię i nazwisko
2. Kim jest dla Dziecka osoba upoważniona
3. Numer dowodu osobistego
4. Telefon kontaktowy

Informuję, że zawarte w karcie wiadomości oraz dane są zgodne z prawdą, a osoby upoważnione zostały poinformowane o przekazaniu ich danych osobowych.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis Rodziców /Opiekunów