

.....  
data i podpis matki/opiekuna prawnego

.....  
data i podpis ojca/ opiekuna prawnego

## ANKIETA DOTYCZĄCA DZIECKA

Imię i nazwisko ..... data urodzenia.....

### I. ZACHOWANIE

1. Czy dziecko łatwo rozstaje się z rodzicami i pozostaje pod opieką znanych osób? TAK/NIE
2. Czy dziecko ma rodzeństwo? TAK/NIE
3. Jakie jest w kontaktach z innymi (dzieci, dorośli)? .....
4. Czy są sytuacje, których dziecko nie lubi lub się ich boi? TAK/NIE  
Jakie? .....
5. Jak dziecko zachowuje się w zdenerwowaniu lub  
złości? .....
6. Jakie metody uspokojenia stosują Państwo w trudnych sytuacjach?  
.....  
.....

### II. SAMODZIELNOŚĆ

7. Czy dziecko wymaga pomocy przy karmieniu? TAK/NIE
8. W jaki sposób sygnalizuje, że jest głodne?.....
9. Czy dziecko korzysta z nocnika? TAK/NIE
10. W jaki sposób sygnalizuje potrzeby fizjologiczne? .....
11. Czy potrzebuje pomocy w ubieraniu i rozbieraniu, myciu rączek i buzi? TAK/NIE

### III. SEN

12. Jak często dziecko śpi w ciągu dnia i w jakich godzinach?.....
13. W jaki sposób sygnalizuje, że jest śpiące? .....
14. Czy dziecko używa smoczka? TAK/NIE
15. Jak wygląda zasypianie (proszę opisać rytuał zasypiania, co pomaga, co przeszkadza)?  
.....  
.....

### IV ZABAWA

16. Jakie zabawy i typy zabawek dziecko szczególnie lubi? .....
17. Czym się  
interesuje? .....
18. Z kim się najchętniej bawi (dorośli, dzieci, samo)? .....

### V ZDROWIE

19. Czy dziecko często choruje? TAK/NIE

20. Przebyte choroby .....
21. Czy dziecko przyjmuje jakieś leki na stałe? TAK/NIE  
Jeśli tak to jakie? .....
22. Czy dziecko jest pod opieką specjalisty? TAK/NIE  
Jeśli tak, to jakiego? .....
23. Jak dziecko reaguje na wysoką temperaturę ciała? Czy występują drgawki gorączkowe? .....
24. W jaki sposób dziecko sygnalizuje, że coś je boli? .....
25. Czy dziecko jest alergikiem? TAK/NIE  
Jeśli tak, co uczuła? .....

## VI DIETA

26. W jakiej formie dziecko zjada posiłki (zmiksowane, grudki, normalne)? .....
27. Czy dziecko pije z butelki, bidonu, niekapka czy z otwartego kubeczka? .....
28. Czy dziecko je mleko krowie TAK/NIE?
29. Czy dziecko je przetwory mleczne? TAK/NIE  
Jeśli tak, to jakie? .....
30. Co dziecko lubi jeść? .....
31. Czego nie lubi jeść? .....
32. Wskazówki dotyczące karmienia (np. słabo gryzie, krztusi się, nie lubi śliniaków) .....

### **33. Inne istotne informacje o dziecku, które pomogą nam w opiece a maluszkowi ułatwią adaptację i uprzyjemnią pobyt w żłobku.**

.....

.....

.....

.....

## OŚWIADCZENIA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Oświadczam, że:

1. zostałam/em poinformowana/y, że personel żłobka nie może podawać dziecku żadnych leków;
2. w razie zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka wyrażam zgodę na podjęcie działań medycznych, w tym wezwanie karetki pogotowia i przewiezienie do szpitala.

.....

(miejsowość i data)

.....

(podpis rodzica/opiekuna prawnego)