



Gostyń,

(data)

Karta informacyjna o Dziecku

1. Dziecko

- a. Imię i nazwisko:
- b. Data urodzenia:
- c. Adres zamieszkania:
- d. PESEL:

2. Rodzice/Opiekunowie prawni

Matka/Opiekunka prawna:

- a. Imię i nazwisko:
- b. tel.:
- c. adres e-mail:

Ojciec/Opiekun prawny:

- a. Imię i nazwisko:
- b. tel.:
- c. adres e-mail:

3. Informacja o Państwu Dziecku

- | | | |
|------------------------|-----|-----|
| a. Sprawnie chodzi: | tak | nie |
| b. Sprawnie biega: | tak | nie |
| c. Wymaga pomocy przy: | | |
| Jedzeniu | tak | nie |
| Myciu rączek i buzi | tak | nie |
| Ubieraniu, rozbieraniu | tak | nie |

- | | | | |
|----|---|----------|-----------|
| | Je przy użyciu | łyżeczki | z butelki |
| d. | Sygnalizuje potrzeby fizjologiczne | tak | nie |
| e. | Wyraża się za pomocą (prośmy o zakreślenie): | | |
| | gestów i mimiki | | |
| | używa pojedynczych wyrazów | | |
| | buduje proste zdania | | |
| f. | W nowych sytuacjach Dziecko jest (prośmy o zakreślenie): | | |
| | onieśmiałe | | |
| | swobodne | | |
| | zaniepokojone | | |
| | inne, jakie? | | |
| | | | |
| g. | Usypia (prosimy o zakreślenie) | | |
| | przed obiadem/po obiedzie | | |
| | samo/w obecności osoby dorosłej | | |
| | z ulubioną zabawką/bez znaczenia | | |
| h. | Przyzwyczajenia, które ułatwiają Dziecku zaśnięcie: | | |
| | | | |
| i. | czy Dziecko jest alergikiem ? główne alergeny | | |
| j. | czy Dziecko jest astmatykiem ? | | |

4. Inne ważne informacje

.....

.....

.....

.....

(podpis Rodziców/Opiekunów prawnych)