

### PODSTAWOWE INFORMACJE O DZIECKU

1. Imię i nazwisko dziecka  
.....
2. Data urodzenia  
.....
3. Czy dziecko uczęszczało wcześniej do żłobka?  
NIE TAK, Jeśli tak to jak długo? .....
4. Czy dziecko uczęszczało wcześniej do przedszkola?  
NIE TAK, Jeśli tak to jak długo? .....

### ZDROWIE

1. Czy Państwa dziecko jest uczulone, ma alergię? NIE TAK Jeśli tak, to na co?  
.....
2. Czy w rozwoju dziecka występują jakieś zaburzenia?  
NIE TAK Jeśli tak, to jakie?  
.....
3. Czy dziecko jest pod opieką specjalisty?  
NIE TAK Jeśli tak, to jakiego?  
.....
4. Inne uwagi o stanie zdrowia:  
.....  
.....

### JEDZENIE

1. Proszę zaznaczyć jedno z trzech zgrupowanych stwierdzeń, które charakteryzują Państwa dziecko:  
  
Zjada praktycznie wszystko, nie ma specjalnych upodobań.  
Jest kilka potraw, których dziecko nie lubi i ich nie je,  
np.: .....  
Jest niejadkiem

Samo radzi sobie z jedzeniem.  
Wymaga niewielkiej pomocy podczas jedzenia.  
Trzeba je karmić.

2. Inne uwagi dotyczące jedzenia:  
.....

### SAMODZIELNOŚĆ

1. Proszę zaznaczyć jedno z trzech zgrupowanych stwierdzeń, które charakteryzują Państwa dziecko:

Potrafi samo się ubrać.  
Ubiera się z niewielką pomocą osób dorosłych.  
Wymaga pomocy przy ubieraniu.

Pamięta o potrzebach fizjologicznych.  
Zgłasza swoje potrzeby, ale wymaga pomocy przy pójściu do toalety.  
Nie zgłasza potrzeb fizjologicznych.

### FUNKCJONOWANIE I CHARAKTERYSTYKA

1. Czy dziecko śpi w ciągu dnia?  
NIE TAK Jeśli tak, to jak często i jak długo?  
.....
2. Czy są sytuacje, których dziecko się boi? NIE TAK Jeśli tak, to jakie?  
.....
3. Proszę zaznaczyć cechy opisujące Państwa dziecko: *wesołe, energiczne, ciekawe, otwarte, płacziwe, wrażliwe, lękliwe, ciche, zamknięte w sobie, uparte inne cechy:*  
.....
4. Proszę zaznaczyć które z wymienionych zachowań zauważają Państwo u swojego dziecka, gdy się złości? *płacz, krzyk, obrażanie się, agresja, rzucanie się na ziemię inne:*  
.....
5. W jaki sposób reagują Państwo na napady złości dziecka, jeśli takowe występują?  
.....
6. Czy dziecko chętnie wykonuje polecenia osób dorosłych?  
NIE TAK CZASEM
7. Czy dziecko sprząta po sobie zabawki?  
NIE TAK CZASEM
8. Czy dziecko sprawia kłopoty wychowawcze? NIE TAK Jeśli tak, to jakie? .....
9. Czy stosują Państwo nagrody wobec dziecka? NIE TAK Jeśli tak, to jakie? .....
10. Czy stosują Państwo kary wobec dziecka? NIE TAK Jeśli tak, to jakie? .....
11. Jakie jest ulubione zajęcie Państwa dziecka?  
.....
12. Jakie szczególne zainteresowania ma Państwa dziecko?  
.....



**CENTRUM ROZWOJU DZIECKA KOLOROWE SKRZATY**

**ul. Opolska 50, 55-200 Olawa**

**biuro@koloroweskrzaty.pl**

**INNE INFORMACJE O**

**DZIECKU**

Inne informacje o dziecku, które są dla Państwa ważne:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**OCZEKIWANIA WOBEC PLACÓWKI**

Jakie mają Państwo wobec nas oczekiwania?

.....  
.....

**SERDECZNIE DZIĘKUJEMY I CIESZYMY SIĘ,  
ŻE JESTEŚCIE PAŃSTWO Z NAMI!**