

# Ankieta dotycząca dziecka oraz oczekiwań rodziców\*



## I. INFORMACJE O DZIECKU

1. *Imię i nazwisko dziecka  nr PESEL	<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> </div>
2. *Data urodzenia dziecka	
3. *Adres zamieszkania, gmina	
4. *Adres zameldowania	
5. *Czy dziecko chodziło do innego żłobka/klubiku:	TAK / NIE - (gdzie? jak długo?)
6. *Jak dziecko lubi żeby się do niego zwracać?	
7. Jakie są ulubione zajęcia, zabawy, zabawki dziecka?	
8. W jakich godzinach dziecko będzie najczęściej przebywało w placówce?	
9. Czy dziecko jest samodzielne w zakresie korzystania z toalety?	TAK / NIE - (w czym należy mu pomagać?)
10. Czy dziecko samodzielnie je posiłki?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> PRÓBUJE
11. Czy dziecko śpi w ciągu dnia?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Ile razy: ..... Jak długo: ..... O której godzinie: .....
12. W jaki sposób dziecko zasypia? (np. na rękach, w wózku, lubi być głaskane po rączce, muzyka w tle, w ciszy, itp.)	

<p>13. W jaki sposób złagodzić zdenerwowanie dziecka?</p> <p>(przytulanie, śpiewanie, ulubiona zabawka/przytulanka, smoczek, itp.)</p>	
<p>14. Spostrzeżenia rodziców dotyczące charakterystycznych <b>POZYTYWNYCH</b> zachowań dziecka, zainteresowań, zdolności, itp.</p>	<p>Pozytywne zachowania:</p> <p>Zainteresowania, upodobania:</p> <p>Mocne strony, uzdolnienia:</p>
<p>15. Spostrzeżenia rodziców dotyczące charakterystycznych <b>NEGATYWNYCH</b> zachowań dziecka, zainteresowań, zdolności, itp.</p>	<p>Negatywne zachowania:</p> <p>Złe nawyki:</p> <p>Słabe strony do dopracowania:</p>

\* **WAŻNE** informacje o zdrowiu dziecka

TAK	NIE	
		<p>Dziecko przyjmuje leki. Jakie? .....</p>
		<p>Dziecko ma stwierdzone schorzenie/chorobę/wadę np. genetyczną. Jakie/ą? ..... .....</p>
		<p>Dziecko ma alergie pokarmowe. Proszę napisać co wywołuje alergie ..... Proszę podać objawy (jak można pomóc dziecku?) ..... .....</p>
		<p>Dziecko ma uczulenie na ukąszenia owadów. Jakich? ..... Proszę podać objawy ..... Jak opiekunka może pomóc w przypadku ugryzienia? .....</p>
		<p>Dziecko ma uczulenia. Proszę napisać na co? ..... Proszę podać objawy ..... Jak opiekunka może pomóc? .....</p>
		<p>Dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności? ..... ..... .....</p>

Proszę wstawić krzyżyk w wybranym polu.

W przypadku posiadania dokumentacji medycznej o stanie zdrowia dziecka, prosimy o załączenie jej skanów.

W przypadku stwierdzenia niepełnosprawności / choroby / schorzenia / wady, również prosimy o załączenie skanu dokumentów.

## II. INFORMACJE O SYTUACJI RODZINNEJ

\* Informacje o miejscu i formie pracy rodziców

	mama	tata
Imię i nazwisko		
zawód		
miejsce pracy		
stanowisko		
Nr telefonu		
Nr dowodu		
Nr pesel		

Czy dziecko wychowują oboje rodzice? *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE - u kogo przebywa dziecko?
Czy dziecko ma rodzeństwo?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - imię, wiek
Inne ważne, zdaniem rodziców, informacje o sytuacji rodzinnej dziecka.	

### III. OCZEKIWANIA RODZICÓW

Co powinien przede wszystkim rozwijać żłobek u swoich wychowanków?	
Co dla taty dziecka jest najważniejsze w jego wychowaniu?	
Co dla mamy dziecka jest najważniejsze w jego wychowaniu?	
Jaki powinien być opiekun Państwa dziecka?	
Jakie informacje chcieliby Państwo uzyskać podczas kontaktów z opiekunami?	
Inne oczekiwania, dowolne uwagi	

Proszę podać jedną wybraną datę, kiedy dziecko mogłoby świętować w żłobku swój dzień (np. urodziny, imieniny lub inny ważny dla dziecka i dla rodziny dzień).

DATA ..... RODZAJ ŚWIĘTA .....

.....  
(podpis Mamy)

.....  
(podpis Taty)

Wszystkie pytania są dla nas ważne i mają na celu dobro dziecka, ale jeżeli uznają Państwo, że niektóre z nich za bardzo wkraczają w sferę osobistą, proszę je pominąć (dotyczy pytań nie oznaczonych gwiazdką [\*]).

Pola oznaczone gwiazdką [\*] są obowiązkowe.