



## KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA

### DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA

Imiona i nazwisko: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

### DANE DOTYCZĄCE RODZINY DZIECKA

#### Mama/Opiekun

Imię i nazwisko: .....

Numer telefonu: .....

Adres e-mail: .....

Adres zamieszkania: .....

Nr dokumentu tożsamości: .....

Miejsce pracy: .....

#### Tata/Opiekun

Imię i nazwisko: .....

Numer telefonu: .....

Adres e-mail: .....

Adres zamieszkania: .....

Nr dokumentu tożsamości: .....

Miejsce pracy: .....



## INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE O DZIECKU

Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety. Informacje uzyskane w ten sposób umożliwią nam szybsze poznanie Państwa dziecka, ułatwią z nim kontakt oraz zaoszczędzą wielu pytań z naszej strony.

1. Jak dziecko jest nazywane przez najbliższych? (zdrobnienia imienia):  
.....
2. Czy dziecko uczęszczało wcześniej do żłobka, lub innej placówki opiekuńczej?  
☐ Tak  
☐ Nie
3. Czy dziecko łatwo rozstaje się z bliskimi?  
☐ Tak  
☐ Nie  
☐ Zależy od sytuacji.
4. Czy dziecko ma rodzeństwo? Jeśli tak to w jakim wieku?  
☐ Tak, w wieku: .....  
☐ Nie
5. Jak często dziecko ma kontakt z innymi dziećmi?  
☐ często,  
☐ sporadycznie,  
☐ nie ma kontaktu.
6. Które z poniżej wymienionych cech charakteryzują Państwa dziecko?  

<input type="checkbox"/> pogodne,	<input type="checkbox"/> odważne,
<input type="checkbox"/> spokojne,	<input type="checkbox"/> wrażliwe,
<input type="checkbox"/> ruchliwe,	<input type="checkbox"/> lękliwe,
<input type="checkbox"/> płaczliwe,	<input type="checkbox"/> zamknięte w sobie.
7. Które z wymienionych zachowań charakteryzuje Państwa dziecko w złości (proszę podkreślić)?  

<input type="checkbox"/> płacz,	<input type="checkbox"/> bicie,
<input type="checkbox"/> krzyk,	<input type="checkbox"/> obrażanie się,
<input type="checkbox"/> rzucanie na ziemię,	<input type="checkbox"/> rzucanie przedmiotami
<input type="checkbox"/> inne: .....	
8. Jaki jest najlepszy wg Państwa sposób postępowania z dzieckiem w trakcie napadu złości?  
.....
9. Czy jest coś/ktoś czego dziecko się boi?  
☐ Tak, czego: .....  
☐ Nie
10. Prosimy wybrać stwierdzenia, które są prawdziwe w odniesieniu do Państwa dziecka:  

<input type="checkbox"/> Dziecko podejmuje próby samodzielnego jedzenia.
<input type="checkbox"/> Dziecko je samodzielnie łyżeczką/widelcem.
<input type="checkbox"/> Dziecko je z butelki.
<input type="checkbox"/> Dziecko sprawnie: chodzi, biega.
<input type="checkbox"/> Dziecko potrzebuje pomocy przy myciu rąk i twarzy.
<input type="checkbox"/> Dziecko potrzebuje pomocy przy ubieraniu, rozbieraniu.
<input type="checkbox"/> Dziecko potrzebuje pomocy przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych.
<input type="checkbox"/> Dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne.
<input type="checkbox"/> Dziecko korzysta: z nocnika, z wkładki do sedesu, z pieluch.



- ☐ Dziecko najchętniej bawi się: samo, z opiekunem, z innymi dziećmi.
- ☐ Dziecko wyraża się: za pomocą gestów i mimiki, używa pojedynczych wyrazów, buduje proste zdania.

11. W domu dziecko najchętniej:

- ☐ bawi się zabawkami,
- ☐ ogląda książeczki,
- ☐ ogląda bajki telewizyjne,
- ☐ słucha bajek,
- ☐ rysuje,
- ☐ uczestniczy w zajęciach domowych,
- ☐ inne: .....

12. W kontaktach z innymi dziecko:

- ☐ współdziała,
- ☐ narzuca swoją wolę,
- ☐ jest uległe,
- ☐ jest obojętne.

13. Czy dziecko lubi jeść?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

14. Jakie potrawy lubi?

.....

15. Jakich bardzo nie lubi?

.....

16. Czy dziecko w domu śpi w ciągu dnia?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

17. Jeśli tak, jak długo i w jakich godzinach dotychczas spało? Jakie ma przyzwyczajenia związane ze spaniem?

.....

.....

18. Jakie choroby zakaźne dziecko przebyło?

.....

19. Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe?

- ☐ Tak, jakie: .....
- ☐ Nie

20. Na jakie inne poważne choroby dziecko chorowało?

.....

21. Czy dziecko miało: utraty przytomności, drgawki, omdlenia?

- ☐ Tak: .....
- ☐ Nie

22. Czy dziecko jest pod opieką lekarza specjalisty?

- ☐ Tak, jakiego .....
- ☐ Nie



23. Czy w rozwoju dziecka występowały/występują jakieś zaburzenia lub nieprawidłowości (np. spowodowane problemami okołoporodowymi)?

- ☐ Tak; jakie .....
- ☐ Nie

24. Czy dziecko ma jakieś alergie?

- ☐ Tak; jakie .....
- ☐ Nie

25. Inne informacje ważne dla postępowania z dzieckiem:

.....

.....

Informuję, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych przez dziennego opiekuna w celach związanych z przyjęciem i pobytem w punkcie dziennej opieki naszego dziecka, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

Warszawa, dn. ....

.....

podpis matki/opiekuna

.....

podpis ojca/opiekuna

### UPOWAŻNIENIE RODZICÓW DO ODBIORU DZIECKA PRZEZ INNE OSOBY

Upoważniamy niżej wymienione osoby do odbierania naszego dziecka z punktu dziennej opieki:

IMIĘ I NAZWISKO	NR TELEFONU	NR DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

Dzienny opiekun zastrzega sobie prawo do wylegitymowania osoby upoważnionej lub kontaktu z Rodzicem w celu potwierdzenia danych.

Warszawa, dn. ....

.....

podpis matki/opiekuna

.....

podpis ojca/opiekuna