



KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA

DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA

Imię (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?

<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 według 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:
☐ Dziecko podejmuje próby samodzielnego jedzenia.
☐ Dziecko je samodzielnie łyżeczką/widelcem.
☐ Dziecko je z butelki.
☐ Dziecko sprawnie: chodzi, biega.
☐ Dziecko potrzebuje pomocy przy myciu rąk i twarzy.
☐ Dziecko potrzebuje pomocy przy ubieraniu, rozbieraniu.
☐ Dziecko potrzebuje pomocy przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych.
☐ Dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne.
☐ Dziecko korzysta z nocnika.



- ☐ Dziecko korzysta z sedesu.
- ☐ Dziecko korzysta z pieluch.
- ☐ Dziecko najchętniej bawi się samo.
- ☐ Dziecko najchętniej bawi się z opiekunem.
- ☐ Dziecko najchętniej bawi się z innymi dziećmi.
- ☐ Dziecko wyraża się za pomocą gestów i mimiki.
- ☐ Dziecko używa pojedynczych wyrazów.
- ☐ Dziecko 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 miewa: utraty przytomności, drgawki, omdlenia?

- ☐ Tak, jak często:
- ☐ 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