

ANKIETA INFORMACYJNA O DZIECKU

Szanowni Rodzice

Doskonale zdajemy sobie sprawę z tego, jak wielkim przeżyciem dla dziecka i jego rodziców jest rozpoczęcie edukacji. W trosce o dobre samopoczucie Waszego dziecka, które już niedługo zostanie pod naszą opieką, zależy nam, aby się dobrze przygotować i zaplanować pracę z podopiecznymi. Ze swojej strony postaramy się zrobić wszystko, aby debiut Państwa dziecka w żłobku łączył się z miłymi przeżyciami. Ważne jest dla nas, aby poznać upodobania i potrzeby dziecka oraz Państwa oczekiwania w stosunku do Opiekuna. Szczere, wyczerpujące informacje podane w ankiecie będą nam bardzo pomocne przy organizowaniu pracy z Państwa dzieckiem i całą grupą.

Nazwisko i imię..... Data urodzenia.....

1. Jakie zdrobnienia imienia dziecka używane są w domu?

.....

2. Czy dziecko uczęszczało wcześniej do jakiejś placówki (klubu dziecięcego)? TAK / NIE

3. Jeśli nie, to kto opiekował się dotychczas dzieckiem:

.....

4. Czy dziecko łatwo rozstaje się z mamą? TAK / NIE

5. Czy dziecko mówi w sposób zrozumiały dla osób z poza rodziny?

.....

6. Czy dziecko łatwo nawiązuje kontakty z nowymi osobami (dorosłymi i dziećmi)?

.....

.....

7. Czy dziecko przebywało w szpitalu? TAK / NIE

8. Jeśli tak, to jak długo?

9. Czy dziecko jest pod opieką specjalisty? TAK / NIE

10. Jeśli to, proszę napisać jakiego?

11. Proszę o wpisanie innych uwag dotyczących stanu zdrowia dziecka, które chcielibyście

Państwo nam przekazać

.....

.....

.....

12. Proszę określić charakterystyczne cechy dziecka: pogodne, spokojne, ruchliwe, lękliwe, zamknięte w sobie, bardzo odważne, inne:
.....
13. Proszę określić, w jaki sposób dziecko funkcjonuje w kontaktach z innymi: jest uległe, narzuca swoją wolę, chętnie współdziała, jest troskliwe, jest obojętne, często jest zazdrosne, jest samolubne, uwielbia towarzystwo, woli bawić się samo, inne:
.....
14. W sytuacjach trudnych, gdy się zdenerwuje, gdy mu się czegoś zabroni najczęściej: płacze, rzuca się na podłogę, rzuca przedmiotami, krzyczy, bije innych, kopie, zamyka się w sobie, odchodzi, płacze, inne:
.....
15. W jakich sytuacjach dziecko się denerwuje?
.....
.....
.....
16. Jak można mu pomóc kiedy jest zdenerwowane, niespokojne, płacze lub odczuwa lęk?.....
.....
.....
17. Czy dziecko ma jakieś przyzwyczajenia: smoczek, kocyk, pieluszka, przytulanka, kołysanie itp.....
.....
18. Czy są sytuacje, których dziecko szczególnie się boi? TAK / NIE
19. Jeśli tak, to jakie to są sytuacje?
.....
.....

.....

20. W domu dziecko najczęściej bawi się (proszę wpisać ulubione zajęcia, zabawy dziecka)

.....

.....

.....

.....

21. Czy dziecko (proszę zaznaczyć właściwe odpowiedzi):

- ☐ samo siada, raczkuje, próbuje chodzić, chodzi pewnie (dotyczy dzieci młodszych),
- ☐ samo się ubrać,
- ☐ ubiera się z niewielką pomocą osób dorosłych,
- ☐ wymaga pomocy przy ubieraniu,
- ☐ je samodzielnie,
- ☐ próbuje jeść samodzielnie, wymaga niewielkiej pomocy,
- ☐ trzeba je karmić,
- ☐ pije z butelki, kubeczka, kubeczka z ustnikiem (proszę podkreślić),
- ☐ pamięta o potrzebach fizjologicznych i radzi sobie samo,
- ☐ zgłasza swoje potrzeby, ale wymaga pomocy w toalecie,
- ☐ trzeba je pilnować, bo zapomina o zgłaszaniu potrzeb fizjologicznych,
- ☐ korzysta z nocnika,
- ☐ korzysta z ubikacji,
- ☐ inne uwagi dotyczące samodzielności dziecka:

.....

.....

.....

.....

22. Czy dziecko jest układane do snu w ciągu dnia? TAK/NIE

23. Jeśli tak, to jak długo sypia w ciągu dnia i w jakich godzinach?

.....
.....

24. Czy dziecko używa smoczka:

- ☐ w ciągu dnia
- ☐ do snu
- ☐ tylko do uspokojenia

25. Czy u dziecka występuje alergia? TAK/NIE

26. Jeśli tak to jakiego typu?.....

27. Jeżeli jest to alergia pokarmowa to proszę o dokładne pisemne podanie jakie potrawy w żywieniu dziecka należy wykluczyć a jakie wprowadzić, celem zastosowania diety eliminacyjnej (proszę załączyć do ankiety zaświadczenie lekarskie)

.....
.....

28. Czy dziecko jest karmione piersią? TAK / NIE

29. Czy pije mleko modyfikowane? TAK/NIE

30. Jeśli tak, to ile razy dziennie i w jakich ilościach?.....

.....
.....

31. Jakiego typu mleko modyfikowane pije dziecko?.....

32. Co dziecko pije dodatkowo, oprócz mleka?

.....

33. Proszę zaznaczyć stwierdzenie, które charakteryzuje Państwa dziecko:

- ☐ je wszystko, nie ma specjalnych upodobań,
- ☐ jest wiele potraw, których nie lubi i nie chce jeść, są to:
- ☐ jest niejadkiem,
- ☐ ma specjalne potrzeby związane z żywieniem, są to?

34. Czy dziecko ma szczególne uzdolnienia? TAK/NIE

35. Jeśli tak, to jakie:
.....
.....

36. Czy dziecko ma w domu jasno określone zasady postępowania? TAK/NIE

37. Jeśli tak, to jakie?
.....
.....

38. Czy dziecko ma określone obowiązki w domu (adekwatne do wieku)? TAK/NIE

39. Jeśli tak, to jakie?

40. Czy stosujecie Państwo wobec dziecka:

- ☐ kary, jakie:
.....
- ☐ nagrody, jakie:
.....

41. Proszę o przekazanie tych informacji o dziecku i sytuacji rodzinnej, które uznacie

Państwo za istotne:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

42. Jakie są Państwa sugestie/oczekiwania wobec placówki?
.....
.....
.....

43. Czy dowożąc dziecko do żłobka będą Państwo (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):

- ☐ korzystać z komunikacji miejskiej,
- ☐ korzystać z własnego środka transportu,
- ☐ docierać do placówki pieszo.

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

Wieluń, dn.

Oświadczam, że podane dane są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(czytelny podpis matki/opiekuna prawnego)
ojca/opiekuna prawnego)

.....
(czytelny podpis