Misiolandia®

Załącznik nr 3 do regulaminu

INFORMACJE O DZIECKU – FORMULARZ

Imię i nazwisko dziecka_____

1. Umiejętności dziecka *(Proszę zaznaczyć, które z poniższych umiejętności posiada Państwa dziecko):*

☐ Samodzielne zdejmowanie/zakładanie butów

☐ Posługiwanie się sztućcami (łyżką, widelcem)

☐ Chodzenie na czworaka

☐ Chodzenie na dwóch nogach

☐ Mówienie kilku słów/mówienie prostymi zdaniami

☐ Budowanie wieży z kilku klocków ☐ Trzymanie kredki i rysowanie ☐Inne umiejętności (proszę opisać):

2.Sposoby komunikacji z dzieckiem i ulubione zabawy:

- Czy dziecko mówi już kilka słów?
  Nie/Tak(proszę podać przykłady):……
- Jakie są ulubione zabawki dziecka?
  ……
- Jakie są ulubione aktywności dziecka? Co dziecko lubi robić?
  ……

3.Zdrowie dziecka:

- Czy dziecko ma alergię na jakieś produkty?
  Nie/Tak (proszę podać szczegóły):……
- Jakie posiłki lub przekąski dziecko lubi najbardziej……
- Czy dziecko cierpi na jakieś choroby przewlekłe?
  Nie/Tak (proszę podać szczegóły):……
- Czy dziecko ma specjalne potrzeby zdrowotne?
  Nie/Tak (proszę podać szczegóły):……

4.Jak zazwyczaj dziecko reaguje w nowych sytuacjach (np. nowa osoba w domu, zmiana w posiłku, duża przestrzeń, hałas)? (Prosimy o krótki opis zachowania dziecka) 7. Co w powyższych sytuacjach dziecku pomaga?

……

……

……

5.Czy dziecko kiedykolwiek pozostawało pod opieką osób trzecich (np. ciocia, babcia, niania)? Jeśli tak, to jaka była reakcja dziecka – czy pojawiły się jakieś problemy?

……

……

6.Czy dziecko ma w domu zapewniony odpoczynek (sen) w ciągu dnia? O jakiej porze?

……

……

7.Czego dziecko potrzebuje do snu (np. zabawki, smoczka itp.) i w jakiej pozycji, miejscu zasypia?

……

……

8.Jakie sytuacje w codziennej opiece nad dzieckiem mogą powodować jego sprzeciw, niezadowolenie lub lęk?

……

……

……

9.Jak uspokajają Państwo dziecko w sytuacji, gdy płacze, jest smutne?

……

……

10.Jak dziecko jest karmione:

- miejsce posiłku dziecka jest stałe, czy nie?
  ……
- czy dziecko je produkty stale czy miksowane?
  ……
- czy dziecko korzysta z butelki ze smoczkiem?
  ……
- czy dziecko samodzielnie pije z butelki, z kubka, czy z kubka niekapka?
  …… ……..
- czy dziecko samodzielnie potrafi jeść łyżką?
  ……
- czy zakładają Państwo dziecku śliniak przed posiłkiem?
  ……

11.Jak dziecko załatwia potrzeby fizjologiczne:

- czy dziecko używa pampersa?
  ……
- czy dziecko miało kontakt z nocnikiem?
  ……
- czy dziecko miewa problemy z wypróżnianiem?
  ……

12.Ulubione zabawy i aktywności dziecka *(Poniżej proszę zaznaczyć aktywności, które dziecko lubi):*

☐ Rysowanie, malowanie
☐ Bawienie się w piaskownicy
☐ Słuchanie muzyki
☐ Budowanie z klocków
☐ Czytanie książek
☐ Zabawy ruchowe na świeżym powietrzu ☐ Inne ulubione zabawy (proszę opisać):

13.Jakie macie Państwo oczekiwania lub obawy związane z pobytem dziecka w naszej instytucji

……

……

Bydgoszcz, dnia ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___ _____

czytelny podpis Rodzica