

KARTA INFORMACYJNA O DZIECKU

I. DANE DZIECKA

1. Imię i nazwisko

.....

2. Data urodzenia

.....

3. Adres zamieszkania

.....

4. Telefony:

do mamy: do taty:

II. WAŻNE INFORMACJE O DZIECKU

1. Alergie – wymienić szczegółowo znane zagrożenia w kategoriach uczuleń pokarmowych, wziewnych i ukąszeń owadów. (W sytuacji występowania u państwa dziecka reakcji anafilaktycznych na alergeny wziewne, ukąszenia lub inne, prosimy o dostarczenie najlepiej od lekarza, instrukcji postępowania z dzieckiem.)

.....

2. Zalecenia dotyczące diety

.....

.....

3. Wady wrodzone:

.....

4. Przebyte choroby zakaźne:

.....

5. Leki przyjmowane na stałe:

.....

6. Czy dziecko często choruje?

.....

7. Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej, jeżeli tak, to jakiej?

.....

8. Urazy, które mogą mieć wpływ na aktualne zdrowie dziecka

.....

9. Jak dziecko reaguje w razie wysokiej temperatury?

.....

10. Czy dziecko miało epizody utraty przytomności, jeśli tak, jaka była tego przyczyna?

.....

.....

11. Czy w rozwoju dziecka występowały/ występują jakieś nieprawidłowości, jeśli tak, to jakie?

.....

.....

12. Sprawność fizyczna/ruchowa dziecka (proszę zakreślić właściwą odpowiedź)

- Dziecko siedzi samodzielnie? TAK / NIE
- Dziecko potrafi stać przytrzymując się czegoś? TAK / NIE
- Dziecko potrafi stać samodzielnie? TAK / NIE
- Dziecko potrafi chodzić? TAK / NIE

13. Czy dziecko potrafi sygnalizować (za pomocą słów/gestów) następujące potrzeby, w jaki sposób?

- Chce jeść: TAK / NIE
Jak sygnalizuje?
- Chce spać: TAK / NIE
Jak sygnalizuje?
- Coś je boli: TAK / NIE
Jak sygnalizuje?
- Chce skorzystać z toalety: TAK / NIE
Jak sygnalizuje?

14. Czy Państwa dziecko korzysta ze smoczka, jeżeli tak, to w jakich sytuacjach?

.....
.....

15. Czy dziecko łatwo rozstaje się z bliskimi? Jak reaguje?

.....
.....

16. Czy dziecko ma rodzeństwo, w jakim wieku?

.....

17. Czy dziecko do tej pory miało okazję przebywać w gronie rówieśników, bawić się z innymi dziećmi?

.....
.....

18. Ulubione zajęcie dziecka

.....
.....

19. Jakie cechy charakteryzują Państwa dziecko?

.....
.....

20. Jak Państwa dziecko reaguje na ból?

.....

21. Jak państwa dziecko zachowuje się podczas ataku złości? (np. płacz, krzyk, bicie, obrażanie, inne?)

.....
.....

22. Jaki jest najlepszy sposób na postępowanie z Państwa dzieckiem w czasie napadu złości?
.....
.....
23. W sytuacji kiedy dziecko jest smutne, zdenerwowane lub tęskni za Rodzicami najlepiej je rozweselić (np. ulubiona zabawka, piosenka, książeczka):
.....
.....
24. Czy jest coś/ktoś czego Państwa dziecko się boi?
.....
.....
25. Czy dziecko lubi jeść, co najbardziej?
.....
.....
26. Czy dziecko próbuje jeść samodzielnie , czy powinno być karmione?
.....
.....
27. Czy w przypadku odmowy jedzenia posiłku przez dziecko, należy je mimo to namówić do jedzenia?
.....
.....
28. Czy dziecko śpi w ciągu dnia? Jeśli tak, w jakich godzinach?
.....
29. Inne informacje o Waszym dziecku, jakie uważacie państwo za istotne
.....
.....

.....
Podpis Rodzica lub Opiekuna