

## KARTA INFORMACYJNA O DZIECKU

### I. DANE DZIECKA

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

### II. DANE RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW

#### MAMA/OPIEKUNKA

Imię i nazwisko .....

Numer telefonu.....

#### TATA/OPIEKUN

Imię i nazwisko .....

Numer telefonu .....

### III. DANE NA TEMAT ZDROWIA DZIECKA

1. Czy dziecko urodziło się o czasie? (Czy jest wcześniakiem lub czy urodziło się po terminie?) Ile otrzymało punktów w skali Apgar?

.....

2. Czy dziecko ma wykryte wady rozwojowe? Jeśli tak, to jakie?

.....

3. Czy dziecko jest uczulone? Jeśli tak, to na co?

.....  
4. Jak dziecko reaguje na alergen(y)? (wysypka, opuchlizna, duszności)

.....  
5. Jak dziecko reaguje na wysoką temperaturę?

.....  
6. Czy dziecko jest podatne na przeziębienia/jak często choruje?

.....  
7. Czy dziecko przebyło choroby zakaźne

.....  
8. Czy dziecko choruje przewlekłe? Proszę podać nazwę choroby

.....  
9. Czy pozostaje pod opieką specjalisty? Jakiego? Z jakiego powodu?

.....  
10. Zalecenia lekarzy

.....  
11. Czy dziecko przyjmuje leki? Jeśli tak, jakie?

.....  
12. Czy dziecku zdarzyło się/zdarza się wpadać w bezdech? Jeśli tak, to proszę podać okoliczności

.....  
13. Czy dziecku zdarzały się omdlenia? Jeśli tak, to proszę podać okoliczności

.....  
14. Inne uwagi o stanie zdrowia, jakie chcieliby Państwo przekazać (znamiona/inne zmiany skórne, np. AZS)

.....

## **IV. INFORMACJE O DZIECKU**

### **1. KOMUNIKOWANIE SIĘ**

W jaki sposób dziecko komunikuje swoje potrzeby:

- a. Chcę pić .....
- b. Chcę jeść .....
- c. Chcę spać .....
- d. Potrzeby fizjologiczne .....
- e. Inne .....

### **2. DRZEMKA/ODPOCZYNEK**

- a. Czy dziecko śpi w ciągu dnia? Ile razy? Jeśli tak, to w jakich godzinach? Jak długo?  
.....  
.....
- b. Podaj przyzwyczajenia, które ułatwiają dziecku zaśnięcie?  
.....  
.....
- c. Czy dziecko używa smoczka podczas zasypiania?  
.....

### **3. ZABAWY/AKTYWNOŚCI**

- a. Ulubione zajęcia/zabawy dziecka  
.....
- b. Czym szczególnie nie lubi się bawić? Czego nie lubi robić?  
.....

### **4. POSIŁKI**

- a. Czy dziecko je samodzielnie?/ Czy powinno być karmione?  
.....

b. Czy dziecko je chętnie/czy jest niejadkiem?

.....

c. Czy w przypadku odmowy przez dziecko zjedzenia posiłku należy je mimo to namawiać do jedzenia?

.....

d. Czy dziecko ma alergię pokarmową? Jaka?

.....

e. Czy dziecko ma specjalne potrzeby żywieniowe?

.....

f. W jakich godzinach dziecko jada posiłki w domu?

.....

g. Czego dziecko nie lubi jeść?

.....

## 5. USPOSOBIENIE DZIECKA

(Proszę postarać się określić cechy dziecka, ułatwi to dobór zabaw i formę opieki nad nim podczas pobytu w żłobku)

- Często reaguje płaczem na nowe sytuacje
- Nowe sytuacje przyjmuje z uśmiechem
- Jest raczej drażliwe
- Jest raczej spokojne
- Jest wycofane i ostrożne
- Jest żywiołowe i emocjonalne
- Jest typem „samotnika”
- Jest chętnie i otwarte na kontakty z innymi
- Inne cechy dziecka

.....  
.....

**6. INNE INFORMACJE NA TEMAT DZIECKA:**

a. Czy są sytuacje, których dziecko nie lubi bądź boi się, np. dźwięki?

.....  
.....

b. Czy ma trudności w rozstawaniu się z rodzicami? Jeśli tak, to czy jest coś, co ułatwia rozstanie?

.....  
.....

c. Czy dziecko ma ulubioną zabawkę, pieluszkę, piosenkę, rytuały, które pomagają w uspokojeniu?

.....  
.....

d. Czy dziecko miało już kontakt z większą grupą rówieśników? Jak reaguje na inne dzieci?

.....  
.....

e. Informacje o Waszym dziecku, jakie uważacie Państwo za istotne

.....  
.....  
.....  
.....

Łazy Dębowieckie .....

Podpis Rodzica.....