

Karta Maluszka

I. DANE DZIECKA

1. Imię i nazwisko

.....

2. Data urodzenia

.....

III. INFORMACJA O PAŃSTWA DZIECKU

1. Czy Dziecko uczęszczało wcześniej do placówki opiekuńczej ?

TAK NIE

2. Czy sygnalizuje potrzeby fizjologiczne ?

TAK NIE

W jaki sposób ?.....

3. Sprawnie chodzi : TAK NIE

4. Sprawnie biega: TAK NIE

5. Wymaga pomocy przy :

- jedzeniu TAK NIE
- myciu rączek TAK NIE
- ubieraniu/rozbieraniu TAK NIE

6. Jedzenie: butelką łyżeczką

7. Komunikuje się za pomocą:

- gestów i mimiki
- używa pojedynczych wyrazów
- buduje całe zdania

8. Usypia:

- samo
- w obecności osoby dorosłej

9. Proszę podać przyzwyczajenia, które ułatwiają dziecku zaśnięcie:

.....
.....

10. Czy i jak dziecko samo się nazywa?.....

11. Ulubione zajęcia dziecka:

.....
.....

12. Ulubione potrawy dziecka:

.....
.....

13. Czego dziecko nie lubi jeść?

.....
.....

14. Które z określeń charakteryzują Państwa dziecko ?:

- spokojne, powolne, małomówne, śmiałe, ruchliwe, gaduła, wrażliwe, nieśmiałe, wstydliwe, odważne, inne.....

15. W kontaktach z innymi:

- narzuca swoją wolę, współdziała, jest uległe, jest obojętne, inne.....

16. W nowych sytuacjach dziecko jest:

- onieśmiałe
- swobodne
- zaniepokojone
- inne, jakie?

.....
.....

17. Jaki jest najlepszy sposób postępowania z Państwa Dzieckiem w trakcie napadu złości ?

.....
.....

18. Czy są sytuacje, których dziecko nie lubi bądź boi się?

.....
.....

19. Czy ma trudności w rozstawaniu się z rodzicami/bliskimi?

.....

20. Czy ma w domu zwierzęta? Jakie?

.....

21. Inne informacje o Maluszkę

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

IV. DANE NA TEMAT ZDROWIA DZIECKA

1. Alergie i uczulenia (w tym na artykuły spożywcze):

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

2. Zalecenia dotyczące diety (dieta eliminacyjna?)

.....
.....

3. Czy dziecko ma uczulenie na ukąszenia owadów(pszczoly, osy itd.) ?

TAK NIE

4. Przebyte choroby zakaźne:

.....

5. Czy dziecko jest podatne na przeziębienia?

.....

6. Jak często choruje?

.....

7. Czy pozostaje pod opieką specjalisty? Jeśli tak, to jakiego?

.....

8. Czy dziecko miało utraty przytomności, drgawki, omdlenia ?

TAK NIE

9. Czy w rozwoju dziecka występowały/występują jakieś zaburzenia
lub nieprawidłowości ?

TAK NIIE

Jeśli tak, to jakie?.....

10. Zalecenia lekarzy:

.....

Data.....

.....

podpis obojga Rodziców/Opiekunów