

ANKIETA

Nazwisko i imię dziecka.....

Data urodzenia

Data przyjęcia do placówki.....

1. Kto opiekował się dzieckiem: matka, ojciec, babcia, ktoś z rodziny, osoby obce?.....
2. Czy ta osoba, będzie nadal opiekować się dzieckiem?.....
3. Czy dziecko ma rodzeństwo? (podać liczbę, wiek, płeć).....
4. Czy dziecko samo siada, raczkuje, wstaje, próbuje chodzić?.....
5. Czy dziecko rozumie co się do niego mówi?..... Wymawia pojedyncze słowa?.....
Próbuje mówić zdaniami?.....
6. Czy dziecko jest pogodne, radosne?..... Czy też jest smutne i często płacze.....
A może poważne i spokojne, lub głośne, ruchliwe, hałaśliwe?.....
7. Czy w życiu dziecka zachodziły trwalsze zmiany? (wyjazd do krewnych, szpitala).....
8. Czy dziecko chorowało poważnie w ciągu ostatnich 3- miesięcy?..... Jeśli tak-podać na co:
9. Czy miewa jakieś dolegliwości? (niespokojny sen, brak apetytu, wolne stolce, katary).....
10. Czy u dziecka występują trudności w zasypianiu i jedzeniu?.....
11. Czy dziecko jest układane do snu dziennego?..... Jak długo sypia w ciągu dnia i w jakich godzinach?..... W jakich godzinach odbywa sen nocny?.....
O której dotąd było budzone rano?..... O której będzie budzone przed wyjściem do żłobka?.....
12. W jakich godzinach jada śniadanie, obiad, podwieczorek?.....
13. O jakiej porze dnia miewa najczęściej wypróżnienia?.....
14. Czy dziecko próbuje samo jeść?..... Czy próbuje samo się rozbierać?.....
15. Czy sygnalizuje potrzeby fizjologiczne?.....
16. Czy ma jakieś przyzwyczajenia? (ssanie palca, smoczka, kołysanie, noszenie na rękach).....

Podpis.....

* wyciąg z biuletynu: *Małe dziecko*.