



Informacje ogólne o dziecku

Imię i nazwisko dziecka	
------------------------------------	--

1. Samodzielność praktyczna - związana z samodzielnym radzeniem sobie podczas czynności samoobsługowych

Potrzeby fizjologiczne:

- ☐ dziecko jest samodzielne w zakresie czynności fizjologicznych
- ☐ dziecko wymaga pomocy (korzysta z toalety/ nocnika jednak nadal nosi pieluchę)
- ☐ dziecko jest niesamodzielne (nosi pieluchę)

Posiłki:

- ☐ dziecko samo radzi sobie ze spożywaniem posiłków
- ☐ dziecko wymaga karmienia

Pozostałe:

- ☐ dziecko potrafi się samodzielnie rozebrać
- ☐ dziecko potrafi się samo ubrać
- ☐ dziecko po zakończonej zabawie sprząta zabawki

Uwagi dotyczące samodzielności mojego dziecka:

.....

.....

2. Zachowanie/przyzwyczajenia

Moje dziecko **lubi**

.....

.....

Moje dziecko **nie lubi**

.....

.....

Rozstanie

- ☐ Dziecko zostaje pod opieką osób trzecich niż rodzice/ domownicy (jeżeli tak proszę opisać jak na to reagowało)

.....

.....

- ☐ Dziecko do tej pory było tylko pod opieką rodziców/ opiekunów



Zabawa z dziećmi

- ☐ Dziecko bierze czynny udział w zabawach z rówieśnikami
- ☐ Dziecko zachowuje się biernie, bacznie obserwuje otoczenie ale nie bawi się

Sen

- ☐ Dziecko śpi w ciągu dnia w godzinach
- ☐ Dziecko nie zawsze sypia jednak sygnalizuje kiedy jest zmęczone i ma ochotę się położyć
- ☐ Dziecko nie potrzebuje popołudniowej drzemki

W jaki sposób dziecko zasypia (proszę opisać)

.....

.....

Smoczek

- ☐ Dziecko używa smoczka w ciągu dnia
- ☐ Dziecko korzysta ze smoczka tylko przy zasypianiu
- ☐ Moje dziecko nie używa smoczka

Proszę wskazać szczególne sytuacje, które drażnią dziecko lub których się boi

.....

.....

Proszę dokończyć: Kiedy moje dziecko jest smutne, zdenerwowane lub tęskni za rodzicami najlepiej je rozweselić

.....

.....

Proszę wypisać ewentualne sugestie dotyczące sprawowania opieki nad dzieckiem

.....

.....

3. Nawyki żywieniowe

Proszę zaznaczyć te stwierdzenia, które charakteryzują Państwa dziecko

- ☐ posiłki mojego dziecka są zblendowane
- ☐ praktycznie je wszystko, nie ma specjalnych upodobań
- ☐ dziecko pije mleko modyfikowane
- ☐ dziecko szczególnie lubi

.....

.....

- ☐ potrawy których dziecko nie lubi i nie chce jeść

.....

.....

4. Czy dziecko uczęszczało wcześniej do żłobka, przedszkola? TAK NIE