

## KARTA INFORMACYJNA O DZIECKU

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia dziecka ..... PESEL .....
3. Adres zamieszkania .....
4. Rodzice/ opiekunowie prawni:  
**MAMA**  
Imię i nazwisko .....
- Telefon kontaktowy .....
- e-mail .....
  
**TATA**  
Imię i nazwisko .....- Telefon kontaktowy .....
- e-mail .....

### INFORMACJE O DZIECKU

5. Czy dziecko potrafi sygnalizować (za pomocą słów, gestów) następujące potrzeby, w jaki sposób?  
chce jeść **TAK/NIE**, jak .....
  - chce skorzystać z toalety **TAK/NIE**, jak .....
  - chce spać **TAK/NIE**, jak .....
  - coś je boli **TAK/NIE**, jak .....
- 
6. Czy dziecko łatwo rozstaje się z rodzicami? **TAK/NIE**
  7. Jak reaguje?  
.....
  8. Jak dziecko zachowuje się gdy się złości?  
płacz, krzyk, bicie, obrażanie, inne .....
  9. Jak Państwo postępują z dzieckiem, w takiej sytuacji?  
.....  
.....
  10. Jak dziecko reaguje na nowe/trudne sytuacje?  
.....  
.....
  11. Czy jest coś czego dziecko się bardzo boi?  
.....
  12. Co uspokaja dziecko?  
.....
  13. Czy dziecko lubi jeść? **TAK/NIE**
  14. Czy w przypadku odmowy przez dziecko zjedzenia posiłku należy je mimo to namawiać do zjedzenia go? **TAK/NIE**
  15. Czy dziecko śpi w ciągu dnia? **TAK/NIE**
  16. Jak długo? .....
  17. W jakich godzinach? .....

18. Jak lubi zasypiać? .....

19. Proszę podkreślić cechy charakterystyczne dziecka:

**Dziecko jest raczej:**

pogodne, spokojne, ruchliwe, płaczliwe, lękliwe, zamknięte w sobie, odważne.

**W kontaktach z dziećmi:**

uległe, narzuca swoją wolę, współdziała, troskliwe, obojętne.

**W zdenerwowaniu lub złości najczęściej:**

płacze, rzuca się na ziemię, bije innych, zamyka się w sobie, ustępuje.

**W domu najczęściej bawi się z:**

mamą, tatą, innymi dorosłymi, innymi dziećmi, samo.

**Najchętniej zajmuje się:**

Zabawkami, rysowaniem, malowaniem, oglądaniem TV, oglądaniem książek, słuchaniem czytanych bajek,

inne .....

### STAN ZDROWIA DZIECKA

20. Czy dziecko jest uczulone? **TAK/NIE**

Jeśli tak to na co? .....

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

.....

22. Jak dziecko reaguje na wysoką temperaturę?

drgawki **TAK/NIE**

inne objawy .....

23. Czy dziecko przebywało w szpitalu? **TAK/NIE**

Kiedy i jak długo? .....

Przyczyna: ..... 22.

Czy dziecko choruje przewlekłe? **TAK/NIE**

Podać nazwę choroby

.....

24. Czy dziecko jest pod opieką specjalisty? **TAK/NIE**

Jakiego? .....

25. Czy dziecko jest szczepione według obowiązującego kalendarza szczepień? **TAK/NIE**

Proszę podać datę i rodzaj ostatniego szczepienia .....

Czy po szczepieniu wystąpiły u dziecka objawy niepożądane np. gorączka? .....

Jakie? .....

26. Inne uwagi o stanie zdrowia, jakie chcieliby Państwo przekazać (znamiona lub inne zmiany skórne np. AZS): .....

.....

27. Spostrzeżenia o dziecku, którymi chcieliby Państwo podzielić się z nami:

.....

.....

.....

(podpis rodzica/ opiekuna prawnego)