

## ANKIETA POCZĄTKOWA

1. Imię i nazwisko Dziecka

.....

2. Wiek Dziecka

.....

3. Czy Dziecko uczęszczało wcześniej do żłobka? TAK NIE

4. Jakich potraw szczególnie nie lubi? .....

.....

5. Jakie potrawy lubi? .....

.....

6. Czy sygnalizuje potrzeby fizjologiczne? TAK NIE

7. Czy są sytuacje lub rzeczy których się boi? TAK NIE

Jeśli tak to jakie i kiedy?.....

.....

8. Czy śpi w dzień? TAK NIE

Jeżeli tak to jak długo i w jakich godzinach, (ewentualne zwyczaje i rytuały związane ze snem?.....

.....

9. Czy potrafi :

➤ Chodzić TAK NIE

➤ Jeść TAK NIE

➤ Myć ręce TAK NIE

➤ Myć zęby TAK NIE

➤ Korzystać z nocnika, podkładki do ubikacji TAK NIE

➤

10. Czy potrafi w zrozumiały sposób porozumieć się z otoczeniem?

TAK NIE

11. Najczęściej bawi się:

Samo

Z opiekunem

Z innymi dziećmi

12. W domu najchętniej zajmuje się:  
Zabawkami  
Rysowaniem  
Oglądaniem TV  
Oglądaniem książek  
Słuchaniem bajek  
Uczestniczeniem w zajęciach domowych

13. Jest raczej:  
Pogodne  
Spokojne  
Ruchliwe  
Płaczliwe  
Lękliwe  
Odważne  
Zamknięte w sobie

14. W kontaktach z innymi:  
Narzuca swoją wolę  
Współdziała  
Jest uległe  
Obojętne

15. Jak nazywacie Państwo swoje dziecko (zdrobienie imienia, przydomko)?

.....

16. Czy dziecko łatwo rozstaje się z bliskimi?

.....

17. Czy dziecko ma rodzeństwo? Jeżeli tak to proszę podać liczbę i wiek rodzeństwa.....

.....

18. Które z wymienionych zachowań charakteryzuje Państwa dziecko w złości :

płacz

krzyk

rzucanie na ziemię

bicie

obrażanie

inne .....

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

20. Czy jest pod opieką lekarza specjalisty? TAK NIE

Jeśli tak to jakiego.....

21. Na jakie choroby dziecko choruje najczęściej?

.....

22. Jakie choroby zakaźne dziecko przebyło?

.....

23. Na jakie inne poważne choroby dziecko chorowało/choruje?

.....  
.....

24. Czy dziecko podlega obowiązkowemu kalendarzowi szczepień? TAK NIE

25. Czy dziecko miało utraty przytomności, drgawki, omdlenia? TAK NIE

26. Czy dziecko ma uczulenie na ukąszenia owadów (pszczoły, osy itd.)

TAK NIE

Jeśli tak to jakie ?.....

27. Czy w rozwoju dziecka występowały/występują jakieś zaburzenia lub nieprawidłowości? TAK NIE

Jeśli tak to jakie?.....

28. Czy dziecko jest alergikiem? TAK NIE

Jeśli tak to na co jest uczulone.....  
.....

29. Jakie umiejętności powinno się u Dziecka usprawniać?.....

.....

30. Inne informacje, o dziecku, które chcieliby Państwo przekazać .....

.....

.....

.....

Podpis Rodzica/opiekuna prawnego