[www.montessoribolechowice.com](http://www.montessoribolechowice.com)

ANKIETA DLA RODZICÓW - PRZEDSZKOLE

INFORMACJE O DZIECKU

1.Imię i nazwisko Dziecka

……………………………………………………………………………………………..................

2. Wiek Dziecka

……………………………………………………………………………………………..................

3. Czy Dziecko uczęszczało wcześniej do placówki opiekuńczej?

 TAK NIE

4.Czy Dziecko jest na stałe pod opieką specjalisty?

TAK NIE

Jeśli tak, jakiego i z jakiej przyczyny? ……………....................................………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

5. Czy Dziecko przyjmuje leki na stałe?

TAK NIE

Jakie?......................................................................................................................................................

6. Jakie według Państwa są pierwsze objawy choroby u Dziecka?

1. ogólne osłabienie, zmniejszona chęć do zabawy z innymi dziećmi
2. nieżyt nosa (katar)
3. „szkliste” oczy
4. kaszel
5. rozdrażnienie, płaczliwość
6. wzmożona chęć tulenia
7. wzmożona senność
8. zwiększona temperatura ciała
9. wymioty
10. biegunka
11. brak apetytu
12. spojówki z objawami stanu zapalnego

7. Czy chcielibyście Państwo, aby Wasze Dziecko przebywało/bawiło się w jednej grupie z dziećmi wykazującymi powyższe objawy?

TAK NIE

8. Czy Dziecko jest alergikiem?

TAK NIE

Jeśli tak, co jest alergenem i jakie są objawy alergii? .....….……………………………………………………...……………………...………………………………………………………………………………………………………………………………

9. Czy pomimo niestwierdzonej alergii, zauważają Państwo u Dziecka objawy mogące o niej świadczyć?

TAK NIE

Jakie? (przewlekły katar, wysypka pojawiająca się raz na jakiś czas itp.) ………....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

10. Czy wiedzą Państwo, jakie mogą być konsekwencje nieleczonych infekcji u dzieci?

TAK NIE

Jeśli tak, jakie? ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

11. Najczęściej bawi się:

 a/ samo b /z opiekunem c/ z innymi dziećmi

12. W domu najchętniej zajmuje się:

a/ zabawkami b/ rysowaniem c/ oglądaniem TV d/ oglądaniem książek

e/ słuchaniem bajek f/ uczestniczeniem w zajęciach domowych

13. Jedzenie

a/ czy samo radzi sobie z jedzeniem

b/czy trzeba je karmić

c/jakich potraw szczególnie nie lubi?

…………………………………………………………………………………………………………

d/ ma specjalne potrzeby związane z żywieniem?

 Jakie?.................................................................................................................................

Jest alergikiem uczulonym na…………………………………………………………………

14. Samodzielność

a/ Czy sygnalizuje potrzeby fizjologiczne?

 TAK NIE

b/ Czy są sytuacje lub rzeczy których się boi?

 TAK NIE

Kiedy?.....................................................................................................................................

c/ Czy potrafi samodzielnie:

* Jeść

 TAK NIE

* Myć ręce

 TAK NIE

* Założyć kapcie

 TAK NIE

15. Spanie

Czy śpi po obiedzie?

 TAK NIE

Jak długo?..............................................................................................................................

16. Dojrzałość społeczna

 a/Jest raczej: a/ Pogodne b/ Spokojne

 c/ Ruchliwe d/ Płaczliwe

 e/ Lękliwe f/ Odważne

 g/ Zamknięte w sobie

b/ W kontaktach z innymi:

a/ narzuca swoją wolę b/ współdziała c/ jest uległe d/ jest obojętne

17. Inne informacje, które chcieliby Państwo przekazać:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

18. Jakimi zajęciami dodatkowymi wymienionymi w naszej ofercie jesteście Państwo

 zainteresowani:

* Ruchowe

 - taniec towarzyski

 - balet

 - kung-fu,

 - zumba

 - judo

 - piłka nożna

* Zajęcia artystyczne, rozwijające

 - robotyka

 - warsztaty teatralne

 - warsztaty plastyczne

 - ceramika

 - szachy

* Zajęcia językowe

 - język hiszpański

 - język francuski

 Inne sugestie Państwa…………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………..

19. Oczekiwania rodziców

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że podane w Karcie informacje są zgodne ze stanem faktycznym

 …………….…………………………

 Podpis Rodzica (opiekuna prawnego)