Drodzy Rodzice,

Serdecznie witamy w Żłobku Samorządowym „Grójmisie” w Grójcu. Cieszymy się, że chcecie powierzyć Nam opiekę nad Waszym dzieckiem. Abyśmy mogli dobrze je poznać, prosimy o wypełnienie poniższego formularza.

Pozwoli to nam lepiej zrozumieć indywidualne potrzeby i preferencje Waszego dziecka, co będzie kluczowe dla zapewnienia mu komfortu oraz warunków do wszechstronnego rozwoju. Prosimy o przekazanie wszelkich informacji, które według Was są istotne. Jeśli nie znajdziecie w formularzu odpowiedniego miejsca na ważne Waszym zdaniem informacje, zachęcamy do napisania swoich uwag na końcu formularza. Jesteśmy otwarci na wszelkie sugestie i chętnie wysłuchamy Waszych potrzeb.

Dziękujemy za zaufanie oraz za poświęcony czas na wypełnienie formularza

Z poważaniem

Zespół Żłobka Grójmisie

**ANKIETA INFORMACYJNA O DZIECKU**

Imię i nazwisko dziecka……………………………………………………………………………………..

1. Czy dziecko posiada rodzeństwo? Tak Nie

Jeśli tak, to ile? …… W jakim wieku? ……………………. Którym dzieckiem jest z kolei? ….......…...

2. Czy dziecko uczęszczało wcześniej do żłobka lub innej placówki?

* Tak
* Nie

3. Umiejętności dziecka (Proszę zaznaczyć, które z poniższych umiejętności posiada Państwa dziecko):

* Samodzielne zdejmowanie/zakładanie butów
* Potrafi samo się ubierać
* Ubiera się z niewielką pomocą osób dorosłych
* Posługiwanie się sztućcami (łyżką, widelcem)
* Samo radzi sobie z jedzeniem.
* Wymaga niewielkiej pomocy przy jedzeniu.
* Trzeba je karmić.
* Piję z butelki/ bidonu
* Samodzielnie piję z kubeczka
* Chodzenie na dwóch nogach
* Chodzenie na czworaka
* Inne umiejętności (proszę opisać):………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

4. Czy dziecko ma jakieś alergie?

Nie/Tak (proszę podać szczegóły):…………………………………………………………………………………………………………

5. Czy dziecko cierpi na jakieś choroby przewlekłe?

Nie/Tak (proszę podać szczegóły):……………………………………………………………………………………………………….

6. Czy dziecko ma specjalne potrzeby zdrowotne?

Nie/Tak (proszę podać szczegóły):…………………………………………………………………………………………………………

7. Czy dziecko mówi już kilka słów?

Nie/Tak (proszę podać przykłady):……………………………………………………………………………………………………….…

8. Jakie są ulubione zabawki dziecka?......................................................................................................................................................................

9. Jakie są ulubione aktywności dziecka? Co dziecko lubi robić?................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

10.Ulubione zabawy i aktywności dziecka (Poniżej proszę zaznaczyć aktywności, które dziecko lubi):

* Rysowanie, malowanie
* Bawienie się w piasku
* Słuchanie muzyki
* Budowanie z klocków
* Czytanie książek
* Zabawy ruchowe na świeżym powietrzu
* Inne ulubione zabawy (proszę opisać):………………………………………………………………………………………………….

11. Dziecko najczęściej bawi się:

* Samo
* z rodzicem
* z innymi dziećmi
* ……………………………….

12. Czy są aktywności/zabawy, których unika? Tak Nie

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

13. Jak dziecko reaguje na rozstania z rodzicem? (proszę opisać)..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

14.Jak zazwyczaj dziecko reaguje w nowych sytuacjach (np. nowa osoba w domu, zmiana w posiłku, duża przestrzeń, hałas)?

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

(Prosimy o krótki opis zachowania dziecka)

15. Co w powyższych sytuacjach dziecku pomaga?

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

16.Jak dziecko zachowuje się gdy jest zdenerwowane lub się złości?

* płacze-przewraca się na ziemię
* bije innych
* niszczy zabawki
* gryzie
* zamyka się w sobie
* raczej ustępuje
* prosi o pomoc opiekunów
* ……………………………….

17.Które z określeń najbardziej odzwierciedla Państwa dziecko: Proszę zaznaczyć stwierdzenie/a, które charakteryzują Państwa dziecko:

* spokojne
* śmiałe/odważne
* wrażliwe
* ruchliwe
* nieśmiałe
* małomówne
* radosne

18. Jakie macie Państwo oczekiwania lub obawy związane z pobytem dziecka w naszej placówce?.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

19. Jakie formy (i godziny) komunikacji z opiekunami Państwo preferują (e- mail, poprzez aplikacje, bezpośrednia rozmowa, inne)………………………………………………………………………………………………….……………

20. Czy dziecko używa smoczka? ……………………………………………………………………………………………………………………..

21. Proszę podać wszelkie inne informacje, które mogą być ważne dla opieki nad Państwa dzieckiem:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

22.Czy dziecko korzysta z: (proszę zaznaczyć)

* pieluszki,
* nocnika,
* toalety?

23.Czy dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne?(prosimy o zaznaczenie jednej odpowiedzi)

* tak
* nie
* tak, ale potrzebuje pomocy /trzeba je pilnować, bo zapomina

24.Po czym Państwo poznajecie, że dziecko chcę siusiu, kupę?...........................................................................................................................................................................

25.Czy dziecko ma jakieś rytuały, przyzwyczajenia przy czynnościach fizjologicznych?..........................................................................................................................................................

26.Jakich kremów do pielęgnacji skóry używa dziecko? Czy ma alergie na jakieś kosmetyki?..................................................................................................................................................................

27.Czy dziecko śpi w ciągu dnia?...............................................................................................................................

28.Ile i w jakich godzinach śpi? …………………………………………………………………….………………

29.Czy samo zasypia? …………………………………………………………………...…………………………………………………..

30.Czy ma jakieś rytuały , przyzwyczajenia przy zasypianiu? Np. smoczek, pieluszka, bujanie?............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

31.Czy dziecko często choruje? Tak Nie

Jeżeli tak, to na jakie choroby najczęściej?.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Data wypełnienia formularza:

Dziękujemy za wypełnienie formularza. Informacje te pomogą Nam lepiej zrozumieć potrzeby Państwa dziecka i zapewnić mu odpowiednią opiekę oraz wsparcie w naszym żłobku.