

KARTA INFORMACYJNA PRZEDSZKOLE NIEPUBLICZNE WOJSZYCKA AKADEMIA
TALENTÓW

I. DANE GŁÓWNE:

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia
3. Imiona i nazwiska rodziców.....
4. Telefony kontaktowe do rodziców MAMA.....TATA.....
5. Czy oboje rodzice uczestniczą w sprawowaniu opieki nad dzieckiem? Tak/Nie
6. Czy dziecko posiada rodzeństwo?Tak/Nie.....
7. Czy dziecko uczęszczało do żłobka/przedszkola? Jak długo?.....

II. OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, iż zostałem poinformowany/na, że do przedszkola przyprowadzane są dzieci zdrowe a w trakcie pobytu w przedszkolu nie mogą być podawane dziecku żadne leki.
2. W przypadku otrzymania informacji o wystąpieniu objawów chorobowych u dziecka (gorączka, ból brzucha, biegunka, wymioty, złe samopoczucie) zobowiązuje się do niezwłocznego odebrania dziecka z placówki przez rodzica lub osoby upoważnione.
3. W sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka wyrażam zgodę na podjęcie działań medycznych w tym przewiezienie dziecka do szpitala i bezzwłoczne powiadomienie rodziców lub jednej z upoważnionych osób.
4. Wyrażam zgodę na dokonywanie czynności pielęgnacyjnych przy moim dziecku oraz wyrażanie czułości poprzez przytulanie, głaskanie.
5. Wyrażam zgodę na sprawdzenie czystości ciała dziecka, w tym przegląd czystości głowy w celu wyeliminowania zarażeń wszawicą przez osobę wyznaczoną przez placówkę.
6. Zapoznałam/łem się ze statutem przedszkola i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nim zawartych.

III. STAN ZDROWIA DZIECKA.

1. Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe/ choroby wrodzone/ wady rozwojowe? Tak/ Nie
Jeśli tak, to jakie.....
2. Czy dziecko przebywa pod stałą opieką specjalistyczną? Tak/Nie.
Jeśli tak, to z jakiego powodu?.....
Jakie są zalecenia lekarzy?
.....
3. Czy dziecko miewa utraty przytomności, bezdechy? Tak/ Nie
Jeśli tak, to jak często?
4. Czy dziecko narażone jest na wstrząs anafilaktyczny i wymaga podania adrenaliny? Tak/ Nie
Jeśli tak, to z jakiego powodu ?
5. Czy dziecko jest pod opieką poradni psychologiczno-pedagogicznej? Tak/Nie
Jeśli tak, to z jakiego powodu?.....
6. Czy dziecko posiada wady wymowy? Tak/Nie/Nie wiem
7. Czy dziecko posiada orzeczenie o kształceniu specjalnym? Tak/Nie.
Jeśli tak, to prosimy o dostarczenie dokumentacji.

IV. NAWYKI I POTRZEBY ŻYWIENIOWE:

1. Czy dziecko jest niejadkiem? Tak/Nie
2. Czy u dziecka występuje alergia pokarmowa? Tak/Nie
Jeśli tak, to na co?
3. Czy istnieją zalecenia związane z dietą dziecka? Tak/Nie
Jeśli tak, to jakie?.....
4. Czy dziecko jest alergikiem i nie powinno spożywać określonych potraw? Tak/Nie
Jeśli tak, to jakich

V. SAMODZIELNOŚĆ:

1. Czy dziecko potrafi samodzielnie jeść?
2. Czy dziecko potrafi samodzielnie ubrać się?
3. Czy dziecko zgłasza swoje potrzeby fizjologiczne?
4. Czy dziecko korzysta z toalety czy nocnika?
5. Czy dziecko śpi w ciągu dnia (o jakiej porze i jak zasypia, jak długo śpi)?
.....
6. Czy dziecko śpi w pieluszcze? Tak/Nie.....
7. Czy dziecko zasypia z maskotką? Tak/Nie.....
8. Czy dziecko korzystało / korzysta z innych form zajęć z rówieśnikami? Jeśli tak, to czy samo, czy z opiekunem?
.....
9. Jakie zajęcia sprawia dziecku największą radość, co lubi robić?
.....
.....

VI. JAK DZIECKO ZACHOWUJE SIĘ W OKREŚLONYCH SYTUACJACH:

1. Jak dziecko nawiązuje kontakty z rówieśnikami?
a) Łatwo, b) łatwo, ale popada w konflikty, c) z trudnością
2. Czy dziecko współpracuje z rówieśnikami?
a) Ze wszystkimi, b) tylko z wybranymi dziećmi, c) z nikim
3. Jak dziecko zachowuje się podczas zabawy?
a) Nie bierze udziału, b) jest agresywne, c) współdziała, d) biernie
4. Jak dziecko zachowuje się w stosunku do nowo poznanych dorosłych osób?
a) Lękiem, strachem, b) zaciekawione, otwarte
5. Jak dziecko reaguje na napotkane trudności?
a) Spokojnie, b) płaczem, c) obojętnie, d) śmiechem, e) napadami złości
6. Jak dziecko reaguje na nakazy, zakazy, słowo „nie”?
a) spokojnie, ze zrozumieniem, b) brak reakcji, c) hysterii,
7. Czy dziecko sprząta po sobie zabawki ?
a) chętnie, b) z pomocą dorosłego, c) nie sprząta zabawek po zabawie
8. Co działa kojąco/uspokajająco na dziecko?
.....
9. Które z poniższych określeń pasuje do Państwa dziecka?

A. Spokojne	F. Gaduła
B. Zaniepokojone	G. Swobodne
C. Wstydlive	H. Bojaźliwe
D. Wrażliwe	J. Odważne
E. Ruchliwe	K. Radosne
10. Czy dziecko szczególnie się czegoś boi? Tak/Nie
Jeśli tak, to czego?.....
11. Czy dziecko rozstaje się z rodzicem wiedząc, że on zawsze po niego wróci? Tak/Nie
12. Czy dziecko rozstaje się z rodzicami i przebywa pod opieką innych osób?
a) Tak/nie b) Często/sporadycznie
13. Czy rozstania z rodzicami sprawiają dziecku wyraźną trudność? Tak/Nie
14. Inne ważne informacje o dziecku, które uznacie Państwo za istotne podczas jego pobytu w Wojszyckiej Akademii Talentów.....