

KARTA INFORMACYJNA DZIECKA- ŻŁOBEK 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 ma rodzeństwo?.....

II. OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, iż zostałem poinformowany/na, że do żłobka przyprawdazane są dzieci zdrowe a w trakcie pobytu w żłobku 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, tulenie do snu.
5. Wyrażam zgodę na sprawdzenie czystości ciała dziecka, w tym przegląd czystości głowy w celu wyeliminowania zarażeń wszawicą przez osobę wyznaczoną przez placówkę.
6. Zostałem/łam zapoznany z regulaminem żłobka i zobowiązuje 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 przebywało w szpitalu ? Tak/ Nie
Jeśli tak, to z jakiego powodu?
3. Czy dziecko przebywa pod stałą opieką specjalistyczną? Tak/Nie.
Z jakiego powodu?.....
Jakie są zalecenia lekarzy?
4. Czy dziecko miewa utraty przytomności? Tak/ Nie
Jeśli tak, to jak często.....
5. Czy dziecko narażone jest na wstrząs anafilaktyczny i podanie adrenaliny? Tak/ Nie
Jeśli tak, to z jakiego powodu.....
6. Jakie choroby zakaźne przeszło dziecko? Tak/ Nie
Jeśli tak, to jakie.....

IV. SAMODZIELNOŚĆ

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nie potrafi chodzić | <input type="checkbox"/> Raczkuje | <input type="checkbox"/> Potrafi chodzić |
| <input type="checkbox"/> Potrafi się ubierać | <input type="checkbox"/> Ubiera się z niewielką pomocą dorosłych | |
| <input type="checkbox"/> Wymaga pomocy przy ubieraniu | | |
| <input type="checkbox"/> Je samodzielnie | <input type="checkbox"/> Trzeba je karmić | |
| <input type="checkbox"/> Pije z kubeczka | <input type="checkbox"/> Pije z bidonu | |
| <input type="checkbox"/> Zgłasza swoje potrzeby fizjologiczne | <input type="checkbox"/> Nie zgłasza potrzeb fizjologicznych | |
| <input type="checkbox"/> Korzysta z toalety | <input type="checkbox"/> Nosi pieluszki jednorazowe | |

