

ARKUSZ WYWIADU WSTĘPNEGO

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data i miejsce urodzenia
3. PESEL dziecka
4. Adres zamieszkania
5. Czy dziecko śpi w czasie dnia TAK/NIE* , jeśli tak to w jakich godzinach,
jak długo trwa drzemka
- W jaki sposób zasypia?
6. Czy dziecko podczas płaczu się zachodzi? TAK/NIE*
7. Czy dziecko się „odparza” TAK/NIE*, jeśli tak to jakich kremów Państwo używacie?
-
8. Czy dziecko ma uczulenie na któryś z kremów na odparzenia? TAK/NIE*,
jeśli tak to proszę wpisać na jaki
9. Czy dziecko ma atopowe zapalenie skóry TAK/NIE*
10. Czy dziecko korzysta z nocnika? TAK/NIE*
11. Czy były próby „nocnikowania” TAK/NIE*
12. Czy dziecko używa smoczka? TAK/NIE*
13. Czy dziecko potrafi jeść samodzielnie TAK/NIE*
14. Czy są jakieś produkty spożywcze, których dziecko:
a) nie lubi jeść?
- b) nie może jeść?
15. Czy dziecko je owoce/inne produkty w kawałkach? TAK/NIE*
15. Czy dziecko ma alergię? TAK/NIE*, jeśli tak to jakie?
-
-
16. Czy dziecko przyjmuje leki na stałe TAK/NIE*, jeśli tak, to jakie?
-
16. Czy dziecko chętnie przebywa w towarzystwie innych dzieci? TAK/NIE.....
-
17. Ulubione zabawki dziecka to:
18. Jak dziecko lubi być nazywane?
19. Kto będzie odpowiedzialny za wybieranie dziecka ze żłobka?
-
20. Czy wyrażają Państwo zgodę na interwencję lekarską w razie potrzeby TAK/NIE*

21. Czego oczekują Państwo od naszego żłobka?
-
-
22. Jakie godziny pracy żłobka proponują Państwo w bieżącym roku?
23. Czy wyrażają Państwo zgodę na udostępnienie wizerunku dziecka (strona internetowa, fb) TAK/NIE*

Matka/prawa opiekunka

Ojciec/prawny opiekun

miejsce pracy:

.....

miejsce pracy:

.....

godziny pracy:

godziny pracy:

tel. komórkowy:

tel. komórkowy:

tel. do pracy:

tel. do pracy:

tel. domowy:

tel. domowy:

adres e-mail:

adres e-mail:

.....

.....

podpis matki/opiekunki prawnej

podpis ojca/opiekuna prawnego