



## KARTA INFORMACYJNA O DZIECKU

### I. DANE DZIECKA

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Adres zameldowania .....

PESEL .....

### II. DANE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH

#### MAMA

Imię i nazwisko.....

Miejsce pracy.....

Wykonywany zawód.....

Numer telefonu komórkowego.....

Adres e-mail do korespondencji.....

#### TATA

Imię i nazwisko.....

Miejsce pracy.....

Wykonywany zawód.....

Numer telefonu komórkowego.....

Adres e-mail do korespondencji .....

### III. INFORMACJA O PAŃSTWA DZIECKU

Sprawnie chodzi :	TAK	NIE
Sprawnie biega:	TAK	NIE
czy		
Wymaga pomocy przy :		
a/ jedzeniu	TAK	NIE
b/ myciu rączek	TAK	NIE
c/ ubieraniu/rozbieraniu	TAK	NIE
Jedzenie:	butelką	łyżeczką

#### Komunikuje się za pomocą:

- gestów i mimiki
- używa pojedynczych wyrazów
- buduje całe zdania

#### Czy dziecko potrafi sygnalizować i w jaki sposób następujące potrzeby:

- chce jeść TAK/NIE, jak.....
- chce skorzystać z toalety TAK/NIE, jak.....
- chce spać TAK/NIE, jak.....
- coś je boli TAK/NIE, jak.....

#### W nowych sytuacjach dziecko jest:

- onieśmiałe

- b) swobodne
- c) zaniepokojone
- d) inne, jakie? .....

Usypia:

- a) przed obiadem
- b) po obiedzie
- c) samo
- d) w obecności osoby dorosłej

Proszę podać przyzwyczajenia, które ułatwiają dziecku zaśnięcie:

.....  
.....

Które z określeń najbardziej pasuje do Państwa dziecka:

- a) spokojny, powolny, małomówny
- b) śmiały, ruchliwy, gaduła
- c) wrażliwy, nieśmiały, wstydlivy

Ulubione zajęcie dziecka:.....  
.....

Ulubione potrawy dziecka:.....  
.....

Czego dziecko nie lubi jeść?.....  
.....

Czy są sytuacje, których dziecko nie lubi bądź boi się?.....  
.....

Czy ma trudności w rozstawaniu się z rodzicami?.....

Czy ma w domu zwierzęta?.....

O czym jeszcze Klub dziecięcy powinien wiedzieć?.....  
.....

**IV. DANE NA TEMAT ZDROWIA DZIECKA**

1. Alergie i uczulenia (w tym na art. spożywcze):.....  
.....

2. Zalecenia dotyczące diety:.....  
.....

3. Przebyte choroby zakaźne:.....  
.....

4. Czy dziecko jest podatne na przeziębienia i choroby?.....

5. Czy pozostaje pod opieką specjalisty TAK/NIE, jakiego?.....  
.....

6. Z jakiego powodu?.....
7. Zalecenia lekarzy:.....
8. Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka, jakie chcieliby Państwo przekazać:.....
9. Spostrzeżenia o dziecku, którymi chcieliby Państwo podzielić się z nami:.....

#### V. DEKLARACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

1. Dziecko będzie przebywało w Klubie dziecięcym PROMYCZEK w godzinach .....  
i korzystało z następujących posiłków.....  
..... dziennie.
2. Zostałem poinformowany, że podczas pobytu dziecka w Klubie dziecięcym nie mogą być podawane żadne leki.
3. W razie zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka wyrażam zgodę na podjęcie działań medycznych, w tym przewiezienia do szpitala.
3. Wyrażam zgodę na dokonywanie czynności pielęgnacyjnych przy moim dziecku oraz wyrażanie czułości poprzez przytulanie, głaskanie, tulenie do snu.
4. Wyrażam / nie wyrażam zgodę/y na fotografowanie mojego dziecka oraz umieszczanie jego zdjęć w galerii Klubu dziecięcego Promyczek.
5. Następujące osoby pełnoletnie upoważniam do odbioru mojego dziecka z Klubu dziecięcego Promyczek.

LP	Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Nr dokumentu tożsamości	Telefon

Data.....

Czytelne podpisy.....