***Załącznik nr 6 do karty informacyjnej***

**Ankieta, wypełniona przez rodzica, składana najpóźniej w dniu rozpoczęcie pobytu dziecka w Żłobku.**

**Ankieta dla ……………………..………………………………………………………………….**

**(imię i nazwisko dziecka, wiek dziecka)**

Informacje o rozwoju psychofizycznym dziecka mające na celu lepsze poznanie potrzeb i  zachowań dziecka, aby dobrze czuło się pod opieką opiekunów w Żłobku.

1. Czy dziecko kiedykolwiek pozostawało pod opieką osób trzecich (np. ciocia, babcia, niania)? Jeśli tak, to jaka była reakcja dziecka – czy pojawiły się jakieś problemy?

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

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

1. W co dziecko lubi się bawić – co sprawia mu największą przyjemność podczas zabawy?

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

1. Czy dziecko ma w domu zapewniony odpoczynek (sen) w ciągu dnia? W jakich godzinach?

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

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

1. Czego dziecko potrzebuje do snu (np. zabawki, smoczka itp.), w jakiej pozycji i miejscu zasypia?

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

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

1. Jakie sytuacje w codziennej opiece nad dzieckiem mogą powodować jego sprzeciw, niezadowolenie lub lęk?

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

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

1. Jak uspokajają Państwo dziecko w sytuacji, gdy płacze lub jest smutne?

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

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

1. Jak uspokajają Państwo dziecko, gdy jest zdenerwowane? (np. domaga się czegoś, czego nie może dostać)

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

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

1. Jak dziecko jest karmione:
   1. miejsce posiłku dziecka jest stałe, czy nie?

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

* 1. czy dziecko pije mleko z butelki? Tak Nie

Jeśli tak to:

- o jakiej porze dnia…………………………………………………………………………..

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

- czy dziecko może być karmione dowolnym rodzajem mleka, które będzie zakupione w Żłobku? Tak Nie

Jeśli nie to jaki rodzaj mleka należy podawać?.........................................................................

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

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

- czy dziecko w czasie pobytu w Żłobku będzie karmione przez matkę, Tak Nie

- jeśli tak to o której godzinie? ………………………………………………………………..

* 1. czy dziecko je produkty stałe czy miksowane?

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

* 1. czy dziecko korzysta z butelki ze smoczkiem?

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

* 1. czy dziecko samodzielnie pije z butelki, z kubka, czy z kubka niekapka?

………………………………………………………………………………………..,……...

* 1. czy dziecko samodzielnie potrafi jeść łyżką?

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

* 1. czy zakładają Państwo dziecku śliniak przed posiłkiem?

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

1. Jak dziecko załatwia potrzeby fizjologiczne:
   1. czy dziecko używa pampersa?

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

* 1. czy dziecko miało kontakt z nocnikiem?

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

* 1. czy dziecko miewa problemy z wypróżnianiem?

..................................................................................................................................................

1. Na co jeszcze, wg Państwa należy zwrócić uwagę?

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

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

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

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

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

……………………………………………………………

Data i podpis rodzica/ów