Karta informacyjna

1. Imię i nazwisko dziecka……………………………………………………………….

2. Data urodzenia ……………………………………………………………..

3. PESEL dziecka………………………………………………………………………..

4. Adres zamieszkania……………………………………………………………………

5. Adres zameldowania…………………………………………………………………..

6. Godziny pobytu w placówce: od………. do……….

7. Posiłki: śniadanie obiad podwieczorek

8. Dane rodziców /opiekunów prawnych:

**matka**………………………………………………

 telefon.................................

 nr dowodu osobistego…………………

 **ojciec**………………………………………………

 telefon....................................

 nr dowodu osobistego…………………..

 Adres e-mail:………………………………………………………………………

9. Jak dziecko lubi, aby się do niego zwracano?....................................................

10.Czy dziecko lubi, aby zwracano się do niego inaczej niż po imieniu? ……………………………..

11. Czy dziecko ma rodzeństwo (jeśli tak, to w jakim wieku)

………………………………………………………………………………………………

12. Przebyte choroby:………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………..

13. Czy dziecko jest alergikiem: TAK NIE

14. Jeśli jest alergikiem, to na co ma uczulenie: ............................................................

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

15. Osoba upoważniona -oprócz rodziców- do odbioru dziecka z przedszkola

 Imię i nazwisko…………………………………

 nr dowodu osobistego…………………………...

stopień pokrewieństwa…………………………

**DODATKOWE INFORMACJE:**

1. **Które z poniżej wymienionych cech charakteryzują Państwa dziecko (proszę zakreślić):**

wesołe, spokojne, ruchliwe, nadpobudliwe, płaczliwe, odważne, wrażliwe, lękliwe, zamknięte w sobie

1. **Które z wymienionych zachowań charakteryzuje Państwa dziecko w złości (proszę zakreślić):** płacz, krzyk, rzucanie na ziemię, bicie, obrażanie,inne ………………………………………………………………………………………………….
2. **Czy jest coś/ktoś czego dziecko się boi?**

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

1. **Czy dziecko śpi w ciągu dnia, jak długo i w jakich godzinach?**

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

1. **Czy zdarza się dziecku wymiotować w czasie jedzenia?** TAK NIE

 Jeśli tak, to dlaczego? ……………………………………………………………………………

1. **Czy dziecko miało utraty przytomności, drgawki, omdlenia?**  TAK NIE

 Jeśli tak, to dlaczego? ……………………………………………………………………………

1. **Czy w rozwoju dziecka występowały/występują jakieś zaburzenia lub nieprawidłowości?**

 TAK NIE Jeśli tak, to jakie?................................................................................

1. **Jak dziecko reaguje na ukąszenia owadów?**..........................................................

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

1. **Inne ważne informacje o dziecku:**………………………………………………………

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

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

1. **Jakie są Państwa oczekiwania związane z uczęszczaniem dziecka do przedszkola?**

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

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

Data i podpis rodzica/rodziców

 (opiekunów prawnych)

Podane dane osobowe podlegają ochronie zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku

o ochronie danych osobowych (t.j. z 2002 r. Dz. U. **Nr 101 poz. 926** z późn. zm.).