

Data złożenia wniosku.....

## WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA Do Żłobka "Mali odkrywcy"

(wniosek wypełniają Rodzice lub prawni opiekunowie)

Prosimy o wypełnienie kwestionariusza. Uzyskane informacje zostaną  
wykorzystane do organizacji i planowania pracy z Państwem Dzieckiem.

### I DANE DZIECKA (1-3LAT)

IMIĘ I NAZWISKO:	
DATA URODZENIA:	MIEJSCE URODZENIA:
ADRES ZAMIESZKANIA:	PESEL:
OBYWATELSTWO:	NARODOWOŚĆ:
JĘZYK OJCZYSTY:	

### II RODZICE/OPIEKUNOWIE

<b>MAMA/OPIEKUNKA</b>	
IMIĘ I NAZWISKO:	WIEK:
SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO:	
PESEL:	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA:	
MIEJSCE PRACY EWENTUALNIE POBIERANIA NAUKI:	WYKSZTAŁCENIE:
ADRES E-MAIL:	TELEFON KONTAKTOWY:
DANE DOTYCZĄCE DOCHODU RODZICA (wypełnia się w przypadku o ubieganie się o całkowite lub częściowe zwolnienie z opłat).	
<b>TATA/OPIEKUN</b>	
IMIĘ I NAZWISKO:	WIEK:
SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO:	
PESEL:	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA:	
MIEJSCE PRACY EWENTUALNIE POBIERANIA NAUKI:	WYKSZTAŁCENIE:
ADRES E-MAIL:	TELEFON KONTAKTOWY:
DANE DOTYCZĄCE DOCHODU RODZICA (wypełnia się w przypadku o ubieganie się o całkowite lub częściowe zwolnienie z opłat).	

### III ADAPTACJA DZIECKA DO NOWEGO ŚRODOWISKA

Czy Dziecko uczęszczało do Żłobka/Klubu dziecięcego? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak (do jakiego? kiedy?)
Jak przebiegała adaptacja Dziecka do nowego miejsca?

--

#### IV ZDROWIE

Czy Dziecko często choruje? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak (jak często?)
Stałe choroby Dziecka (jakie?)
Przebyte przez Dziecko choroby zakaźne: <input type="checkbox"/> odra <input type="checkbox"/> ospa <input type="checkbox"/> inne (jakie?)
Czy Dziecko przyjmuje na stałe leki? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak (jakie?)

#### V PIELEGNACJA DZIECKA

Dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> tak, ale potrzebuje pomocy <input type="checkbox"/> trzeba, je pilnować bo zapomina <input type="checkbox"/> inne (jakie?)
Jak Dziecko sygnalizuje potrzebę fizjologiczną?

#### VI ŻYWIENIE

Dziecko ma alergię na: <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> mleko krowie <input type="checkbox"/> mięso (jakie?) <input type="checkbox"/> owoce (jakie?) <input type="checkbox"/> warzywa (jakie?) <input type="checkbox"/> inne (jakie?)
Dziecko spożywa posiłki: <input type="checkbox"/> chętnie <input type="checkbox"/> niechętnie <input type="checkbox"/> jest niejadkiem
Ulubione potrawy Dziecka:
Dziecko nie lubi potraw (nie jest uczulone):
Dziecko je posiłki: <input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> wymaga pomocy <input type="checkbox"/> trzeba je karmić

#### VII CZYNNOSCI SAMODZIELNE I KOMUNIKACJA

Dziecko ubiera się: <input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> z niewielką pomocą osoby dorosłej <input type="checkbox"/> nie potrafi się ubrać
Przyzwyczajenia dziecka (noszenie na rękach, ssanie palca, ssanie smoczka itd.)
W nowych sytuacjach Dziecko jest: <input type="checkbox"/> onieśmiałe <input type="checkbox"/> swobodne <input type="checkbox"/> zaniepokojone <input type="checkbox"/> inne (jakie?)

Spostrzeżenia o Dziecku, którymi chcielibyście Państwo podzielić się z nami:

- najlepsze sposoby uspokojenia dziecka

.....

- czy dziecko potrafi samodzielnie zasypiać

.....

- ulubione zabawy dziecka

### VIII ZABAWA I ZAINTERESOWANIA

Czy Dziecko ma stały kontakt z rówieśnikami poza żłobkiem? Tak,    stały    sporadyczny    nie ma

Czym Dziecko się interesuje?

W jakim kierunku wykazuje uzdolnienia?

Jakimi zabawkami lubi się bawić?

Dziecko lubi uczestniczyć w zabawach z grupą?    tak    nie

Czego Dziecko się boi?

Co powoduje, że Dziecko się uśmiecha?

### IX WYCHOWANIE

Wychowujemy Dziecko:     bezstresowo     z dyscypliną     dążymy do wpajania określonych zasad

Oczekiwania Rodziców wobec Żłobka:

### X ORGANIZACJA POBYTU W ŻŁOBKU

Od kiedy Dziecko będzie uczęszczało do Żłobka?

W jakim wymiarze godzin dziennie Dziecko będzie przebywało w żłobku?

**XI OSOBY UPOWAŻNIONE DO ODBIORU DZIECKA:**

IMIĘ I NAZWISKO	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA	SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO

Przemyśl dnia.....

.....

**Podpis Rodziców/Opiekunów**

