**Karta zgłoszenia dziecka**

**do klubiku „WESOŁE ROBACZKI”**

Prosimy o rzetelne uzupełnienie kwestionariusza. Uzyskane informacje będą służyły wyłącznie polepszeniu i usprawnieniu pracy Klubiku, a tym samym podniesieniu jakości opieki nad Państwa dzieckiem.

Miejscowość i data ………………………………………………………………

**INFORMACJE O DZIECKU :**

Imię i nazwisko dziecka………………………………………………………………………

Lubi być nazywane…………………………………………………………………………

Miejsce zamieszkania…………………………………………………………………………

Pesel dziecka……………………………………………………………………………………….

Data i miejsce urodzenia………………………………………………………………………..

Data planowanego przyjęcia dziecka do Klubiku ……………………………………………………………

**DANE DOTYCZĄCE RODZICÓW/ PRAWNYCH OPIEKUNÓW:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | MAMA | TATA |
| Imię i nazwisko |  |  |
| Miejsce zameldowania |  |  |
| Miejsce zamieszkania |  |  |
| Data urodzenia  |  |  |
| PESEL |  |  |
| Seria i nr Dowodu Osobistego |  |  |
| Telefon kontaktowy  |  |  |
| Adres e-mail  |  |  |
| Zawód wykonywany  |  |  |
| Miejsce pracy i nr telefonu  |  |  |

**INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA:**

1. Przebyte choroby, urazy, hospitalizacja i zabiegi operacyjne:
* Jakie choroby/ urazy przebyło do tej pory dziecko (np. zapalenie płuc, infekcje dróg moczowych, złamania, zakaźne choroby wieku dziecięcego- np. różyczka, ospa, świnka, szkarlatyna itp.)

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

* Czy kiedykolwiek dziecko przebywało w szpitalu ( kiedy i z jakiego powodu) lub miało wykonywany zabieg operacyjny (kiedy i jakiego rodzaju).

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

1. Choroby przewlekłe:

Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe. Jeśli tak, proszę uzupełnić odpowiednie rubryki oraz kiedy zostały rozpoznane/ od kiedy dziecko na nie choruje:

* CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA ( np. szumy na sercu)

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

* CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO ( np. duszności)

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

* CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO (np. biegunki, śluzowate stolce)

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

* CHOROBY UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO (np. anemia)

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

* INNE, jakie?

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

1. Rehabilitacja- Czy kiedykolwiek dziecko było objęte leczeniem rehabilitacyjnymi z jakiego powodu?

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

1. Czy dziecko nosi np. okulary lub aparaty słuchowe?
* Nie
* Tak, co……………………………………………………………………………………
1. Czy dziecko jest pod opieką specjalisty?
* Nie
* Tak, jakiego i z jakiego powodu …………………………………………………………………………
1. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności?
* Nie
* Tak, proszę podać rodzaj i stopień niepełnosprawności

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

1. Aktualnie stosowane leki- Jeśli dziecko zażywa przewlekle leki, proszę podać nazwę leku i pory ich spożywania:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa leku  | Rano-godz. | Południe-godz. | Wieczór-godz. | Noc-godz. | UWAGI  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

1. Czy dziecko jest szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień?
* Tak
* Nie, ponieważ…………………………………………………………………………………………………

INFORMACJE O ROZWOJU DZIECKA :

1. Czy dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne? TAK NIE
2. Wymaga pomocy przy myciu rączek, buzi? TAK NIE
3. Je samodzielnie? TAK NIE
4. Pije z kubka „z uszkiem”? TAK NIE
5. Pije z kubka „niekapka”? TAK NIE
6. Próbuje samo się rozbierać, ubierać? TAK NIE
7. Czy dziecko miało kontakt z innymi dziećmi?
* Tak – rzadko/ czasami / często
* Nie
1. Dziecko najczęściej bawi się:
* Samo
* Z opiekunem
* Z innymi dziećmi
1. W domu najczęściej zajmuje się :
* Zabawkami
* Rysowaniem
* Oglądaniem bajek
* Oglądaniem książeczek
* Uczestniczeniem w zajęciach domowych
* Inne…………………………………………………….
1. W nowych sytuacjach dziecko jest:
* Onieśmielone
* Swobodne
* Zaniepokojone
* Inne…………………………………………………………
1. Czy jest coś/ ktoś czego dziecko się boi?

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

Jaki jest najlepszy sposób na uspokojenie dziecka w takiej sytuacji?

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

1. Czy dziecko jest układane do snu dziennego
* Tak
* Nie

Jeśli tak proszę podać jak długo ni w jakich godzinach sypia

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

Przyzwyczajenia, które ułatwiają dziecku zaśnięcie (np. kołysanie, głaskanie, ssanie smoczka, ssanie pieluszki lub palca, noszenie na rękach lub bujanie w wózku itp.)

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

1. O której godzinie do tej pory wstawało dziecko………………………. a o której będzie budzone przed wyjściem do Klubiku ……………………………………..

**INFORMACJE DOTYCZĄCE ŻYWIENIA DZIECKA**

1. Spożywanie posiłków

 Je wszystko i chętnie TAK NIE

 Jest niejadkiem TAK NIE

 Potrawy, które dziecko lubi szczególnie………………………………………………

 Potrawy których nie lubi……………………………………………………………..

1. W przypadku, kiedy dziecko ma alergię pokarmową proszę opisać

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

**POZOSTAŁE INFORMACJE**

1. Oczekiwania rodziców wobec naszego Klubiku:

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

1. Uwagi rodziców, inne informacje, które chcieliby Państwo nam przekazać

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

1. Informacje o artykułach higienicznych, z których korzysta dziecko:

Pieluchy Pampers Dada Lupilu Brak pieluch

Rozmiar 3 4 5 6

Chusteczki tak ( stosujemy chusteczki 99 % wody) nie korzysta

………………………………………… ………………………………………….

………………………………………… Podpis pracownika

Data i podpis obojga rodziców.