WYWIAD

Żłobek Gminny w Płużnicy

 …………………………………………

 Imię i nazwisko dziecka

 ………………………………………….

 Data urodzenia

1. Czy dziecko ma rodzeństwo? (podaj liczbę, wiek, płeć) …………………………………………….

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

2. Czy dziecko samo siada, raczkuje, wstaje, próbuje chodzić? …………………………………………

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

3. Czy dziecko rozumie co się do niego mówi?..............................wymawia pojedyncze słowa?.............

 Próbuje mówić zdaniami?.......................................................................................................................

4.Czy dziecko jest pogodne i radosne? Czy dziecko jest smutne i często płacze? Czy dziecko jest

 poważne i spokojne lub głośne i ruchliwe?............................................................................................

5. Czy w życiu dziecka zachodziły trwalsze zmiany? ( wyjazd do krewnych, szpital, wczasy, opieka

 przez obcą osobę, itp.)…………………………………………………………………………………

6. Czy dziecko chorowało poważnie w ciągu ostatnich trzech miesięcy? Jeśli tak – podać na co……….

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

7. Czy dziecko przeszło choroby zakaźne? ( ospa, odra, świnka, różyczka, szkarlatyna, itp.)…………..

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

8. Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe lub przyjmuje jakieś stałe leki? Jeśli tak – podać jakie?

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

9. Czy miewa jakieś dolegliwości? ( niespokojny sen, brak apetytu, wymioty, wolne stolce, katary)

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

10. Czy u dziecka występują trudności w zasypianiu i jedzeniu?..........................................................

11. Czy dziecko ma specjalna dietę bądź alergię pokarmową? Jeśli tak – podać pokarmy………….

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

12. Czy dziecko jest układane do snu dziennego? …………..Jak długo sypia w ciągu dnia i w jakich

 godzinach?.........................................................................................................................................

13. W jakich godzinach jada śniadanie?....................obiad?..................podwieczorek?........................

14. Czy dziecko próbuje samo jeść?........................................................................................................

15. Czy dziecko próbuje samo się rozbierać?..........................................................................................

16. Czy dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne?.............................................................................

17. Czy dziecko ma jakieś przyzwyczajenia? ( ssanie palca, smoczka, kołysanie się, przyzwyczajenie

 do noszenia na rękach)……………………………………………………………………………..

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

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

**UWAGI RODZICÓW**………………………………………………………………………………..

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

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

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

**UPOWAŻNIENIA**

Kogo informować w razie potrzeby, nagłej zaistniałej sytuacji? Podać pokrewieństwo z dzieckiem , numer telefonu i numer dowodu osobistego…………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Pokrewieństwo dla dziecka** | **Numer telefonu i dowodu** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |