**KARTA INFORMACYJNA DZIECKA**

**Żłobek i Przedszkole „Blisko Malucha”**

Drodzy Rodzice,

celem niniejszej karty jest zebranie najważniejszych informacji dotyczących Państwa dziecka, które pomogą nam zapewnić mu bezpieczną, troskliwą i indywidualniedopasowaną opiekę.
Każde dziecko jest inne - ma własne przyzwyczajenia, potrzeby, rytm dnia oraz sposób reagowania na nowe sytuacje. Poznanie tych informacji pozwoli nam lepiej przygotować się na przyjęcie dziecka do naszej społeczności.




---

**I. DANE DZIECKA**

Imię i nazwisko dziecka:.....
Data urodzenia:.....
PESEL:.....
Adres zamieszkania:.....
Data rozpoczęcia uczęszczania do Żłobka:.....

---

**II. DANE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

**Matka / Opiekun prawny**
Imię i nazwisko:.....
Telefon:.....
Adres e-mail:.....

**Ojciec / Opiekun prawny**
Imię i nazwisko:.....
Telefon:.....
Adres e-mail:.....

---

**III. OSOBY KONTAKTOWE W SYTUACJI AWARYJNEJ**

Osoba 1:
Imię i nazwisko:.....
Pokrewieństwo:.....
Telefon:.....

Osoba 2:
Imię i nazwisko:.....
Pokrewieństwo:.....
Telefon:.....

---

**IV. INFORMACJE O ZDROWIU DZIECKA**

Czy dziecko posiada alergie?
☐ Nie
☐ Tak
Jeżeli tak, proszę opisać:
.....
.....

Czy dziecko posiada nietolerancje pokarmowe?
☐ Nie
☐ Tak
Jeżeli tak, proszę wskazać jakie:
.....
.....

---

Czy dziecko choruje przewlekle?

☐ Nie
☐ Tak
Jeżeli tak, proszę opisać:
.....
.....

Czy dziecko wymaga szczególnej opieki lub dodatkowych działań ze strony opiekunów?
☐ Nie
☐ Tak
Jeżeli tak, proszę opisać:
.....
.....

---

Czy dziecko przyjmuje na stałe leki?
☐ Nie
☐ Tak
Jeżeli tak, proszę podać informacje:
.....
*(Informacja nie oznacza automatycznej zgody na podawanie leków przez Placówkę. Podawanie leków odbywa się wyłącznie zgodnie z obowiązującymi procedurami.)*

**V. INFORMACJE O ROZWOJU DZIECKA**

Czy dziecko samodzielnie:

**Siedzi?**
☐ Tak
☐ Nie

**Chodzi?**
☐ Tak
☐ Nie

**Je samodzielnie?**
☐ Tak
☐ Częściowo
☐ Nie

**Pije z kubka?**
☐ Tak
☐ Nie

**Korzysta z nocnika / toalety?**
☐ Tak
☐ W trakcie nauki
☐ Nie

**Czy dziecko używa smoczka?**
☐ Tak
☐ Nie

Jeżeli tak, kiedy najczęściej?
.....

**Czy dziecko śpi w ciągu dnia?**
☐ Tak
☐ Nie
☐ Sporadycznie

Jeżeli tak, proszę opisać przyzwyczajenia:
.....

---

**VI. INFORMACJE O CHARAKTERZE I POTRZEBACH DZIECKA**

Jak opisaliby Państwo swoje dziecko?

☐ Spokojne
☐ Bardzo aktywne
☐ Ostrożne w nowych sytuacjach
☐ Otwarte na nowe osoby
☐ Wymaga więcej czasu na oswojenie się z nowym miejscem
☐ Inne:.....

---

Co zazwyczaj pomaga dziecku uspokoić się w trudnej sytuacji?

.....

---

Jak dziecko reaguje na rozłąkę z rodzicami?

☐ Nie ma trudności z rozstaniem
☐ Potrzebuje krótkiego czasu na adaptację
☐ Reaguje płaczem lub niepokojem
☐ Nie mieliśmy jeszcze okazji sprawdzić

Dodatkowe informacje:

.....

---

**VII. CODZIENNE NAWYKI DZIECKA**

**Ulubione zabawy lub aktywności:**

.....

---

**Ulubione zabawki / przedmioty dające poczucie bezpieczeństwa:**

.....

---

**Czego dziecko nie lubi lub czego należy unikać?**

.....

---

**Czy dziecko ma szczególne rytuały?**

(np. sposób zasypiania, przytulanie, określone czynności)
☐ Nie
☐ Tak
Opis:.....

---

**VIII. ŻYWIENIE**

Czy dziecko je samodzielnie?

☐ Tak
☐ Częściowo
☐ Wymaga pomocy

---

Czy dziecko ma ulubione produkty lub potrawy?

.....

---

Czy są produkty, których dziecko nie spożywa?

.....

---

Czy dziecko ma trudności z jedzeniem?
☐ Nie
☐ Tak
Opis:.....

---

**IX. INFORMACJE DODATKOWE OD RODZICA**

Co chcieliby Państwo, abyśmy szczególnie wiedzieli o Państwa dziecku?

.....

.....

.....

Data

.....

Podpis Rodzica / Opiekuna prawnego

.....

Podpis Rodzica / Opiekuna prawnego

.....