

1. Dane dziecka:			
Imię i nazwisko dziecka:			
Data urodzenia			
<u>Numer telefonu (w razie nagłego wypadku/nagłego zachorowania):</u>			
2. Sposób poruszania się:*		3. Czy dziecko nosi pieluszkę?*	4. Potrzeby fizjologiczne:*
a) raczkuje b) podejmuje próby chodzenia c) chodzi niepewnie d) chodzi z pomocą opiekuna, e) chodzi sprawnie f) biega		a) nie b) tylko do spania c) całodobowo	a) sygnalizuje b) sygnalizuje i załatwia samodzielnie c) nie sygnalizuje d) sygnalizuje, ale po czasie
5. Czy dziecko rozumie proste polecenia?*			
a) Tak b) Nie			
6. Czy dziecko spożywa posiłki:*	7. Jakie pokarmy spożywa dziecko?*	8. Czy dziecko reaguje na dźwięki z otoczenia?*	9. Czy dziecko reaguje na imię?*
a) Chętnie b) Niechętnie c) Wybiórczo (je określone produkty, bez próbowania nowych smaków)	a) Zblendowane b) Gniecione widelcem c) Drobnopokrojone d) Stałe	a) Tak b) Nie	a) Tak b) Nie
10. Umiejętności dziecka:*		11. W codziennych sytuacjach dziecko jest:*	
a) samodzielne zdejmowanie/zakładanie bucików b) posługiwanie się sztućcami (łyżka, widelec) c) budowanie wieży z kilku klocków. d) trzymanie kredki i rysowanie		wesole, ciekawe świata, swobodne, aktywne, wrażliwe, nadwrażliwe, samodzielne, płaczliwe, "przylepne", niespokojne, niecierpliwe, nieśmiałe, lękliwe, nadpobudliwe, spokojny, uparte, wymuszające, zamknięte w sobie	
12. Sposób komunikowania się dziecka:*			
a) używa gestów i mimiki b) wskazuje palcem c) używa pojedynczych wyrazów d) buduje proste zdania e) inny (proszę opisać):			
Ulubione zabawy i zabawki:			
W jaki sposób dziecko zasypia?			
Jak zachowuje się dziecko w nowych sytuacjach/w czasie kontaktu z obcymi osobami?			
Co w powyższych sytuacjach dziecku pomaga?			
Dodatkowe informacje o dziecku (np. dane o stanie zdrowia, stosowanej diecie i inne informacje o dziecku, którymi chciałoby się Państwo podzielić lub uznać za ważne):			

* – podkreślić właściwe

.....
Podpis rodziców/opiekunów prawnych