

OCENA ROZWOJU PSYCHOMOTORYCZNEGO DZIECKA POWYŻEJ 15 MIESIACA ŻYCIA.

Szanowni Państwo, w celu jak najlepszego przyjęcia Waszego dziecka do żłobka, stworzenia mu opieki odpowiadającej jego indywidualnym potrzebom i prawidłowego rozwoju, uprzejmie prosimy o podanie informacji ułatwiającej dalszy proces obserwacji i współpracy.

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia:

Uczęszczało wcześniej do żłobka, klubiku (właściwe podkreślić). Od kiedy?.....

Rodzeństwo (imię, wiek):

Dane matki/opiekuna prawnego:.....

Dane ojca/opiekuna prawnego:.....

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

GRUPA:	Tak / Nie	KRÓTKI OPIS/UWAGI/SUGESTIE *
EMOCJE		
Nieśmiałe		
Lękliwe		
Płaczliwe		
Radosne		
Apatyczne		
Nadmiernie ruchliwe		
Uparte		
Gdy się złości: Płacze		
Krzyczy		
Kopie, gryzie, bije, szczypie		
ZACHOWANIE		
Czy ma trudności w rozstawaniu się z rodzicami?		
Czy bawi się samo?		
Czy ma kontakt z innymi dziećmi? I jak często?		
Czy lubi bawić się z innymi dziećmi?		
Czy współpracuje z innymi dziećmi?		
Czy przeszkadza innym dzieciom?		
Czy jest: aktywne, zainteresowane		
Bierne		
Nadruchliwe, niespokojne, ciągle się kręci		
Posłuszne		
Czy wymusza płaczem, złością		
Czy lubi gdy mu się czyta		

Czy lubi oglądać TV (ile godzin dziennie?)		
SAMODZIELNOŚĆ		
Jedzenie: Samodzielne		
Wymaga pomocy		
Wymaga namawiania		
Ubieranie: Samodzielne		
Wymaga niewielkiej pomocy		
Nie potrafi się ubrać samo		
Toaleta: W pełni samodzielne		
Zgłasza potrzebę, wymaga pomocy		
Zdarza mu się siusiać		
Wymaga pieluchy		

Pielęgniarka żłobka.....

.....

Opiekunki czytelny podpis:

Data

Rodzice/opiekuni prawni czytelny podpis:

Uwagi:

*wypełnia rodzic/opiekun prawny dziecka zakwalifikowanego do przyjęcia powyżej 15 miesiąca życia