

**OCENA ROZWOJU PSYCHOMOTORYCZNEGO DZIECKA POWYŻEJ 15 MIESIĄCA 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
<b>EMOCJE</b>		
Nieśmiałe		
Lękliwe		
Płaczliwe		
Radosne		
Apatyczne		
Nadmiernie ruchliwe		
Uparte		
Gdy się złości:	Płacze	
	Krzyczy	
	Kopie, gryzie, bije, szczypie	
<b>ZACHOWANIE</b>		
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?)		
<b>SAMODZIELNOŚĆ</b>		
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	

Opiekunki czytelny podpis:

Rodzice czytelny podpis:

Data:

Pielęgniarka