



## KARTA INFORMACYJNA PRZEDSZKOLA NIEPUBLICZNEGO RAZ DWA TRZY

|  |  |
|--|--|
| Imię i nazwisko Dziecka                          |  |
| Data i miejsce urodzenia                         |  |
| Adres zameldowania                               |  |
| PESEL  |  |
| Adres zamieszkania (jeśli inny niż zameldowania) |  |
| Rodzeństwo:<br>Imiona, wiek:                     |  |
| <b>Dane Rodziców/Opiekunów</b>                   |  |
| Imię i nazwisko Mamy                             |  |
| Adres zamieszkania                               |  |
| Nr dowodu tożsamości                             |  |
| Telefon do pracy                                 |  |
| Telefon  |  |
| e-mail   |  |
| Imię i nazwisko                                  |  |
| Adres zamieszkania                               |  |
| Nr dowodu tożsamości                             |  |
| Telefon do pracy                                 |  |
| Telefon  |  |
| e-mail   |  |
| Godziny pobytu Dziecka w przedszkolu:            |  |
| <b>Informacje o Dziecku (proszę zaznaczyć x)</b> |  |
| Sen  | <input type="checkbox"/> Śpi po obiedzie<br><input type="checkbox"/> tylko leżakuje<br><input type="checkbox"/> nie śpi w ogóle                |
| Jedzenie   | <input type="checkbox"/> Je wszystko bez większych problemów<br><input type="checkbox"/> jest niejadkiem<br><input type="checkbox"/> nie lubi: |

|  |  |
|--|--|
| Samodzielność  | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> potrafi się samo ubrać</li> <li><input type="checkbox"/> potrzebuje pomocy przy ubieraniu</li> <li><input type="checkbox"/> samo radzi sobie z jedzeniem</li> <li><input type="checkbox"/> trzeba je karmić</li> <li><input type="checkbox"/> radzi sobie samo z potrzebami fizjologicznymi</li> <li><input type="checkbox"/> sygnalizuje potrzeby fizjologiczne</li> <li><input type="checkbox"/> nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych</li> <li><input type="checkbox"/> potrafi samo umyć ręce/zębki</li> <li><input type="checkbox"/> potrzebuje pomocy przy myciu rąk/ząbków</li> </ul> |
| Zdrowie  | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Jest pod stałą opieką specjalisty? Jakiego?<br/>.....</li> <li><input type="checkbox"/> przyjmuje regularnie leki? Jakie? O jakich porach?<br/>.....</li> <li><input type="checkbox"/> Jest uczulone na:<br/>.....</li> </ul>  |
| Zachowanie   | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Łatwo rozstaje się z Rodzicami/Opiekunami</li> <li><input type="checkbox"/> Łatwo nawiązuje kontakt z rówieśnikami</li> <li><input type="checkbox"/> ulubione zabawy:<br/>.....</li> <li><input type="checkbox"/> co dziecko uspokaja?<br/>.....</li> </ul>  |
| Zainteresowania  |  |
| Inne ważne informacje                                  |  |
| <b>Osoby uprawnione do odbioru dziecka:</b>            |  |
| Imię i nazwisko<br>nr dowodu<br>tel                    |  |
| Imię i nazwisko<br>nr dowodu<br>tel                    |  |
| Imię i nazwisko<br>nr dowodu<br>tel                    |  |
| Imię i nazwisko<br>nr dowodu<br>tel                    |  |
| <b>Data i czytelne podpisy<br/>Rodziców/Opiekunów:</b> |  |

