**Kwestionariusz dla rodziców - informacje dotyczące dziecka:**

**Imię i nazwisko dziecka**…………………………………………..……………………………………………………

**PESEL**………………………………………………………………………………………………………………..………….

Zasoby dziecka (predyspozycje, mocne strony, uzdolnienia, zainteresowania):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........………………………………………………………………….

Trudności (rozwojowe, edukacyjne, emocjonalne, społeczne):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........………………………………………………………………….

Relacje z rówieśnikami:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........…………………………………………………………………..

Relacje z najbliższymi:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........…………………………………………………………………

Potrzeby rozwojowe i edukacyjne w ocenie rodzica:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........………………………………………………………………..….

Olsztyn, dnia ........................................ ...................................................................................................................

 czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

**Karta wywiadu środowiskowego dziecka**

**Imię i nazwisko dziecka**…………………………………………..………………………………………………………………

**PESEL**………………………………………………………………………………………………………………..…………………….

Nazwa i adres placówki POZ, do której dziecko podlega

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………..……

Przebyte choroby (nazwa/czas)…………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Alergie (rodzaj alergii / alergen) ……………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Zażywane leki (nazwa leku i powód zażywania)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………..……

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej? Tak/Nie

Nazwa poradni (powód) ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Osoba kontaktowa w przypadku zdarzeń nagłych(np. zachorowanie uniemożliwiające uczestniczenie w zajęciach/interwencja pogotowia ratunkowego)

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

nr telefonu ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

stopień pokrewieństwa…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dodatkowe uwagi dotyczące szczególnej opieki medycznej nad dzieckiem podczas jego pobytu w przedszkolu

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………..……

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie przez pracownika przedszkola kontroli stanu włosów i skóry.

Olsztyn, dnia .......................................... ................................................................................................

 czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna