

15. Czy Dziecko:

wymaga pomocy przy:

- | | |
|--------------------------------------|----------|
| ❖ jedzeniu | Tak/ Nie |
| ❖ myciu rącek i buzi | Tak/ Nie |
| ❖ ubieraniu, rozbieraniu | Tak/ Nie |
| ❖ sygnalizuje potrzeby fizjologiczne | Tak /Nie |

16. Wyraża się za pomocą :

- ❖ gestów i mimiki
- ❖ używa pojedynczych wyrazów
- ❖ buduje proste zdania

17. Jest raczej :

- ❖ pogodne
- ❖ spokojne
- ❖ ruchliwe
- ❖ płaczące
- ❖ lękliwe
- ❖ odważne
- ❖ zamknięte w sobie
- ❖ inne, jakie?

18. W kontaktach z innymi:

- ❖ narzuca swoją wolę
- ❖ współdziała
- ❖ jest uległe
- ❖ jest obojętne
- ❖ inne, jakie?

19. Czy i na jakie choroby dziecko choruje najczęściej?

.....

20. Jakie choroby zakaźne dziecko przebyło?

.....

21. Na jakie inne poważne choroby dziecko

chorowało/choruje?.....

22. Czy dziecko miało utraty przytomności, drgawki, omdlenia?

.....

23. Czy w rozwoju dziecka występowały/występują jakieś zaburzenia lub

nieprawidłowości?.....

24. Czy dziecko jest alergikiem?.....

Na co jest uczulone?.....

(W sytuacji występowania reakcji anafilaktycznych na alergeny wziewne, ukąszenia, lub inne prosimy o dostarczenia, najlepiej od lekarza, instrukcji postępowania z dzieckiem)

25. Inne informacje, które chcieliby Państwo nam przekazać:

.....

.....

Oświadczam, że informacje podane w Karcie są zgodne ze stanem faktycznym,

.....

podpis Rodzica/Opiekuna

