

POTRZEBY I ROZWÓJ PSYCHOFIZYCZNY DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka, data urodzenia _____

1. Kto do tej pory opiekował się dzieckiem? _____
2. Czy chętnie pozostaje z osobami spoza najbliższej rodziny? TAK CZASAMI NIE
3. Czy dziecko samodzielnie: siedzi, stoi, chodzi?
4. Czy używa smoczka? TAK NIE W jakich sytuacjach? _____
5. Czy potrafi: jeść łyżeczką? TAK NIE Pić z kubka? TAK NIE
6. Czy dziecko śpi w ciągu dnia? TAK NIE W jakich porach? _____
Jak jest usypiane? _____
7. Czy sygnalizuje potrzeby fizjologiczne? TAK NIE
Czy jest samodzielne w tym zakresie? TAK NIE
8. Czy dąży do kontaktów z innymi? TAK NIE
Jakie jest w kontaktach z innymi? uległe, narzuca swoją wolę, współdziała, troskliwe, obojętne
9. Jak wyraża swoje emocje pozytywne _____
i negatywne? _____
10. Jest raczej: *pogodne, spokojne, ruchliwe, płaczliwe, lękliwe, zamknięte w sobie, odważne*
11. Z kim najchętniej się bawi? _____
Czym lubi się bawić, co robić? _____
12. Czy są sytuacje, których się boi? NIE TAK
Jakie? _____
Jest szczęśliwe, gdy _____
13. Potrafi samodzielnie _____
14. Przebyte choroby: _____
15. Pobyty w szpitalu: _____
16. Stwierdzone alergie (w tym pokarmowe): _____

17. Inne informacje i sugestie, które chcieliby Państwo nam przekazać:

Data:

Podpisy: