**Приватний заклад дошкільної освіти «Центр розвитку дитини**

**«Пізнайки - Розвивайки»**

**Додаток № 2**

**до Договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**від "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ р.**

Анкета дитини

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ПІБ дитини)

|  |  |
| --- | --- |
| Дата народження дитини |  |
| Прізвище, ім'я та по батькові батьків, контактний номер телефону | МАМА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ТАТО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тел. Мами: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тел. Тата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Як Ви звертаєтеся до дитини вдома? |  |
| Хто, окрім батьків, бере активну участь у вихованні Вашої дитини? |  |
| До кого з членів сім'ї дитина найбільш прив'язана? |  |
| Які захоплення/хобі є у Вашої дитини? |  |
| Назвіть улюблені домашні іграшки та заняття дитини, її вподобання.  |  |
| Яким іграм надає перевагу дитина: рухливим чи настільним? Індивідуальним чи колективним? |  |
| Як ставиться дитина до занять: коли цікаво коли ні?  | Активна, уважна, цілеспрямовананаполеглива , інше \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Чим **не любить** гратися (іграшки) займатися (діяльність) дитина?  |  |
| Яка ситуація може виявитися для дитини важкою, стресовою |  |
| Які форми заохочення застосовуються вдома ( Якщо застосовуються) |  |
| Чи застосовуєте Ви покарання до дитини (заборони, обмеження і т.п) |  |
| Виконання яких режимних моментів викликає у Вас найбільше труднощів вдома (потрібне підкреслити) | Підйом УмиванняОсобиста гігієна ПереодяганняГодування Вкладання спатиІнше (допишіть)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Здатність до самообслуговування, як розвинене (потрібне підкреслити) | Добрепосередньо погано |
| Чи проситься дитина на горщик (в туалет)? |  |
| Чи є труднощі у спілкуванні? |  |
| Чи є впевненість у собі? |  |
| Чи хоче відвідувати дитячий садочок? Чи був уже такий досвід? Де? |  |
| Чи є в дитини досвід розлуки з близькими? |  |
| Чи є зараз режим дня в дитини: | \_\_\_:\_\_\_ час пробудження \_\_:\_\_ - \_\_:\_\_ Час денного сну (якщо є, вкажіть години сну) \_\_\_:\_\_\_ час сніданку, \_\_\_:\_\_\_час обіду, \_\_\_:\_\_\_ час вечері\_\_\_:\_\_\_ час вечірнього засинання |
| Відомості про осіб, які можуть приводити/забирати Вашу дитину до/з Центру розвитку | 1. ПІБ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. ПІБ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

**ФІЗИЧНИЙ СТАН ДИТИНИ**

* Якими видами спорту займається (займалася) Ваша дитина? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Чи є Боязнь висоти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Боязнь темноти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Боязнь тварин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Коли швидко втомлюється? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Чи перевіряли зір дитині, який результат? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**МЕДИЧНІ ДАНІ ДИТИНИ**

|  |  |
| --- | --- |
| Соматичне здоров'я (фізичне здоров’я людини, яке відображає поточний стан органів і систем людського організму) (потрібне підкреслити) | Хороше, міцне здоров'я Здоров'я середнє Слабке здоров'я, часто хворіє  |

* Схильність до простудних захворювань
* Хронічні захворювання
* Як дитина переносить сонце?
* Чи є алергічні реакції на ліки (на які)?
* Реакція на укуси комах
* Чи є алергія (якщо була, вказати, коли, на що, як проявляється, які необхідні засоби для зняття алергії) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Чи закачує у транспорті?
* 3 якими хворобами лежав(ла) в лікарні (вказати коли)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Операції (якщо були, вказати коли і які)?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Переломи (якщо були, вказати, на чому і коли)?
* Струс мозку (якщо був, вказати, якої степені і коли)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Чи є необхідність в яких-небудь ліках?
* Інші особливості \_\_\_\_\_\_\_\_

**ХАРЧУВАННЯ ДИТИНИ**

|  |  |
| --- | --- |
| Який апетит у Вашого малюка (потрібне підкресліть) | Хороший, Їсть усе, Їсть погано і малоЗалежно від того, що в тарілці |
| Як Ви годуєте дитину вдома (потрібне підкреслити) | Їсть самаСпочатку їсть сама, потім за допомогою дорослихЧастіше дитину годують з ложки доросліПривчаємо, щоб вона їла усе, що даютьДозволяємо не їсти те, чого вона не хоче |

* Назвіть улюблену страву Вашої дитини \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Чи любить дитина фрукти? Які? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Що не любить їсти Ваша дитина? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Які овочеві та молочні страви Ви готуєте вдома?
* Необхідність дієти (якщо необхідна дієта - яка саме)
* Підкресліть ті продукти, які викликають у Вашої дитини алергічну реакцію:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Капуста свіжа.
2. Капуста відварна.
3. Морква свіжа.
4. Морква відварна.
 | 1. Крупа перлова.
2. Пшоно.
3. Манка.
4. Вермішель.
 | 1. Молоко сухе.
2. Сметана.
3. Сир.
4. Кефір.
 |
| 5. Картопля відварна. | 20. Яйце в випічку. | 36. Йогурт. |
| 6. Консервований зелений | 21. Яйце в запіканку. | 37. Цукор. |
| горошок. | 22. Курка. | 38. Кисіль. |
| 7. Консервована морська | 23. Риба (морська, річкова, | 39. Відвар шипшини. |
| капуста. | озерна). | 40. Ізюм. |
| 8. Квасоля відварна. | 24. Яловичина. | 41. Сухофрукти (сушені |
| 9. Соя. | 25. Печінка яловича. | яблука, чорнослив, груша, |
| 10. Буряк відварний. | 26. Хліб пшеничний. | алича). |
| 11. Крупа ячна. | 27. Хліб житній. | 42. Сік яблучний. |
| 12. Крупа гречана. | 28. Грінки. | 43. Яблуко зелене. |
| 13. Крупа вівсяна. | 29. Масло вершкове. | 44. Банан. |
| 1. Крупа рисова.
2. Крупа пшенична.
 | 1. Масло рослинне.
2. Сир твердий.
 | 45. Груша |

Можливо є ще якась інформація про вашу дитину , яка є важливою \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Анкету заповнив(ла)**

Дата « » 20 р. Підпис \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПІБ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_