

Warszawa, dn.

Ankieta o dziecku

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

1. Czy jest coś, czego dziecko się boi lub na co reaguje nerwowo?

.....
.....
.....

2. Jakie są dziecka ulubione zabawy?

.....
.....
.....

3. Co dziecko najbardziej lubi jeść i pić?

.....
.....
.....

4. Czego dziecko nie lubi jeść i pić?

.....
.....
.....

5. Czy dziecko jest na coś uczulone?

.....
.....
.....

6. Czy dziecko często choruje? Jeśli tak to na co?

.....
.....
.....

7. Czy dziecko przyjmuje na stałe leki? Jeśli tak to jakie?

.....
.....
.....

8. Czy dziecko ma swoje rytuały, np. przed spaniem, przy jedzeniu?

.....
.....
.....

9. Jaki dziecko ma rytm dnia?

.....
.....
.....

10. Jak opisałibyście Państwo okres, w którym obecnie znajduje się Wasze dziecko:

- bunt –
- współpraca –
- wybuch samodzielności –
- przyklejenie do mamy i taty –
- frustracja, bo „nie zawsze jest tak, jak ono chce” –
- niemożność poradzenia sobie z emocjami –
- radosna twórczość i ciekawość świata –
- inne –

.....
.....
.....

11. Jak Państwo sami przeżywacie rozstanie z dzieckiem?

.....
.....
.....

12. Jak często do tej pory dziecko zostawało z kimś innym, niż jedno z rodziców?

.....
.....
.....

13. Czy chcecie Państwo czymś jeszcze podzielić się z nami na temat swojego dziecka?

.....
.....
.....

.....
Podpis rodzica/opiekuna