

ANKIETA

Imię i nazwisko Dziecka:

Data urodzenia:

1. Czy jest pod opieką specjalisty?

Tak /Nie

jeśli tak, to z jakiego powodu.....

2. Czy Dziecko zażywa jakieś leki na stałe Tak/Nie

3. Czy jest uczulone?

Tak/ Nie

jeśli tak, to na co.....

4. Jakie potrawy lubi szczególnie?

.....

5. Jakich potraw nie lubi?

.....

6. Czy dziecko samodzielnie spożywa posiłki? Tak/Nie

7. Dziecko korzysta z :

pampersa / nocnika/ nakładki

8. Dziecko pije z :

kubek / kubek niekapek/ butelka

9. Dziecko usypia:

samo TAK /NIE

jeśli nie w jaki sposób

.....

W jakich godzinach i ile trwa drzemka?

.....

przyzwyczajenia, które ułatwiają dziecku zasypianie:

.....

.....

.....

9. Inne informacje, które chcieliby Państwo nam przekazać:

.....

.....

.....

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

.....
podpis Rodzica/Opiekuna