

## KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DZIECKA

### I. Dane dziecka

<b>Imiona</b>		
<b>Nazwisko</b>		
<b>Data urodzenia</b>	__ - __ - ____ r.	<b>Miejsce urodzenia</b>
<b>Nr PESEL</b>	_____	
<b>Adres zamieszkania</b>		
<b>Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów)</b>		

### II. Dane kontaktowe

<b>Mama (opiekunka)</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>E-mail</b>	
<b>Tata (opiekun)</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>E-mail</b>	
<b>Inne osoba do kontaktu</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>E-mail</b>	

### III. Informacje o stanie zdrowia

Ogólny stan zdrowia dziecka	
Czy dziecko ma alergię (jeśli tak to na jakie alergeny)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jakie choroby wieku dziecięcego przebyło dziecko?	
Czy dziecko choruje na chorobę przewlekłą (jeśli tak to na jaką)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy dziecko szczepione jest zgodnie z kalendarzem szczepień (jeśli nie, podać których szczepień brakuje)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Inne istotne informacje dot. zdrowia dziecka	

STUMIŁOWY LAS

### IV. Informacje dodatkowe

Jakie są upodobania żywieniowe?	
Jakich potraw nie powinno spożywać (stany chorobowe, alergie)?	
Czy dziecko uczęszczało wcześniej do innej placówki tj. żłobek, przedszkole?	

..... r., .....

*data, czytelne podpisy rodziców lub opiekunów*