

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DZIECKA

I. Dane dziecka

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

II. Dane kontaktowe

Mama (opiekunka)	
Telefon	
E-mail	
Tata (opiekun)	
Telefon	
E-mail	
Inne osoba do kontaktu	
Telefon	
E-mail	

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	

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