



Przedszkole Specjalne nr 213
 Ul. Leonida Teligi 1
 02-777 Warszawa

KWESTIONARIUSZ INFORMACJI O DZIECKU - DYŻUR WAKACYJNY 2026

DANE DZIECKA:

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia dziecka:

PESEL dziecka:

Adres zamieszkania dziecka:

DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH:

.....
 Imię i nazwisko rodzica/opiekuna 1

.....
 Imię i nazwisko rodzica/opiekuna 2

.....
 Telefon kontaktowy rodzica/opiekuna 1

.....
 Telefon kontaktowy rodzica/opiekuna 2

.....
 Adres mailowy rodzica/opiekuna 1

.....
 Adres mailowy rodzica/opiekuna 2

.....
 Numer dokumentu tożsamości rodzica/opiekuna 1

.....
 Numer dokumentu tożsamości rodzica/opiekuna 2

.....
 Adres zamieszkania rodzica/opiekuna 1 (jeżeli jest inny niż dziecka)

.....
 Adres zamieszkania rodzica/opiekuna 2 (jeżeli jest inny niż dziecka)

INNE OSOBY UPOWAŻNIONE DO ODBIORU DZIECKA Z PRZEDSZKOLA ORAZ DO KONTAKTU W NAGŁYCH PRZYPADKACH

Oświadczam, że wskazane osoby są pełnoletnie i upoważniam je do odbioru dziecka.

.....
 Imię i nazwisko os. 1

.....
 Imię i nazwisko os. 2

.....
 nr dokumentu tożsamości os. 1

.....
 nr dokumentu tożsamości os. 2

.....
 Telefon kontaktowy os.1

.....
 Telefon kontaktowy os. 2

CHOROBY, ALERGIE

Prosimy o rzetelne wypełnienie – te informacje są kluczowe dla bezpieczeństwa dziecka.

Czy dziecko ma jakiegokolwiek alergię (pokarmowe, kontaktowe, wziewne)?

- Nie
- Tak:

Ryzyko ciężkiej reakcji (np. Wstrząs anafilaktyczny):

- Nie
- Tak:

Czy dziecko choruje przewlekle (np. Astma, padaczka, cukrzyca)?

- Nie
- Tak:

Czy istnieje ryzyko nagłego zagrożenia zdrowia/życia?

- Nie
- Tak:

Czy dziecko przyjmuje leki na stałe?

- Nie
- Tak:

Czy wymaga podawania leku przez personel przedszkola?

- Nie
- Tak (prosimy o zaświadczenie od lekarza i zgodę na podanie)

Sprzęt medyczny (np. Inhalator, epipen):

- Nie
- Tak:

Inne informacje zdrowotne/uwagi, które uznają Państwo za ważne:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ŻYWIENIE

Prosimy o zaznaczenie właściwych odpowiedzi i uzupełnienie informacji.

Nietolerancje / alergię pokarmowe

- Nie
- Tak – uczulenie na:
-

Inne specjalne potrzeby żywieniowe (np. dieta bezglutenowa):

.....

Samodzielność przy jedzeniu:

- Samodzielnie je wszystkie posiłki
- Wymaga niewielkiej pomocy
- Trzeba je karmić

Preferencje żywieniowe

- Praktycznie je wszystko, nie ma specjalnych upodobań
- Ma wybiórczość pokarmową:
-

TOALETA

Proszę zaznaczyć stwierdzenie, które charakteryzuje Państwa dziecko:

- Jest odpieluchowane
- Jest pieluchowane częściowo
- Jest pieluchowane

Zgłaszanie potrzeb:

- TAK
- NIE
- Częściowo

Korzystanie z toalety

- Samodzielnie zgłasza potrzeby fizjologiczne i korzysta z toalety
- Zgłasza potrzeby, ale wymaga pomocy (np. rozbieranie, podtarcie, spłukanie)
- Trzeba je pilnować – często zapomina lub nie sygnalizuje potrzeb

KOMUNIKACJA

W jaki sposób dziecko się komunikuje? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi):

- Mową werbalną – wypowiada się pełnymi zdaniami
- Mową werbalną – mówi pojedyncze słowa / dźwięki
- Własnym językiem / eholalią
- Komunikuje się gestami
- Używa mimiki i reakcji emocjonalnych
- Używa alternatywnych metod komunikacji (AAC):.....
- Wskazuje przedmioty / ciągnie dorosłego do obiektu
- Nie komunikuje się (brak skutecznej komunikacji)
- Inne (proszę opisać):

Czy dziecko rozumie proste polecenia i pytania?

- Tak
- Nie
- Częściowo:

Czy dziecko reaguje na swoje imię?

- Tak
- Nie
- Czasem

Inne uwagi dotyczące komunikacji dziecka:

(np. frustracja przy braku zrozumienia, typowe sposoby wyrażania emocji, znaki ostrzegawcze)

.....

ZABAWY, ULUBIONE AKTYWNOŚCI I ZAINTERESOWANIA

Co dziecko lubi robić? W co najchętniej się bawi? Czym łatwo je zainteresować, zająć?

.....

.....

CZEGO NIE LUBI, BOI SIĘ, UNIKA?

Czego dziecko nie lubi robić? Czy dziecko czegoś konkretnego się boi?

.....

.....

Czy dziecko ma trudności w zakresie integracji sensorycznej?

- Nadwrażliwość na dotyk
- Nadwrażliwość na dźwięk
- Nadwrażliwość na światło
- Nadwrażliwość na zapach
- Trudności w tłumie
- Inne:

Ulubione techniki wyciszające / sensoryczne (jeśli znane):

- Głęboki ucisk / masaż
- Hamak / kołysanie
- Słuchawki wyciszające
- Ulubiona zabawka / kocyk
- Oddychanie / liczenie / muzyka
- Inne:

DODATKOWE INFORMACJE

Prosimy o podanie innych ważnych informacji, które powinniśmy znać:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna 1

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna 2