

.....
.....
Przebyte choroby zakaźne (tak/nie)

Świnka....., ospa....., szkarlatyna....., różyczka....., wirusowe
zapalenie wątroby....., gruźlica..... inne.....

.....
.....
Uczulenia.....

.....
.....
Inne

choroby.....

.....
.....
Czy dziecko przyjmuje na stałe jakieś leki (tak/nie).....

.....
.....
Czy dziecko jest pod stałą opieką specjalistyczną?

Jeżeli tak to od kiedy?

.....
.....
Gdzie?

Jacy specjaliści opiekują się dzieckiem?.....

.....
.....
Które z zaleceń specjalistów powinny być wypełniane również w przedszkolu?

.....
.....
Inne istotne informacje o dziecku.

Działania podejmowane przez rodziców w sytuacjach wymienionych poniżej:

Motywacja do

działania.....

.....
.....
Sposób

nagradzania.....

.....
.....
Spożywanie posiłków(czy dziecko je samodzielnie? Jeżeli jest przysłowiowym „niejadkiem”
co przekonuje je do jedzenia?).....

