

10. Czy dziecko porozumiewa się za pomocą słów? Jak dziecko mówi, gdy:  
 Chce jeść.....  
 Chce spać.....  
 Coś je boli.....  
 Chce skorzystać z toalety.....  
 Inne (jakie?).....
11. Czy dziecko śpi w ciągu dnia, jak długo i w jakich godzinach?  
 .....
12. Czy dziecko lubi jeść, co najbardziej?  
 .....
13. Czy dziecko podejmuje próby samodzielnego jedzenia?  
 .....
14. Czy w sytuacji odmowy przyjęcia przez dziecko posiłku należy je namawiać do zjedzenia?  
 .....

**Bezpieczeństwo**

1. Czy i na jakie choroby dziecko choruje najczęściej?  
 .....
2. Jakie choroby zakaźne dziecko przebyło (właściwe podkreślić)?  
 Różyczka, Ospa, Świnka, Odra  
 Inne (jakie?).....
3. Na jakie inne poważne choroby dziecko chorowało/choruje?  
 .....
4. Czy dziecko miało utraty przytomności, drgawki, omdlenia?  
 TAK/NIE( właściwe podkreślić)
5. Czy w rozwoju dziecka występowały/występują jakieś zaburzenia lub nieprawidłowości?  
 TAK/ NIE ( właściwe podkreślić)  
 Jeśli tak to jakie?.....
6. Czy dziecko jest alergikiem, jeśli tak proszę podać na co?  
 TAK/NIE ( właściwe podkreślić)  
 .....
7. Inne informacje ważne dla postępowania z dzieckiem: (dokładne informacje dotyczące żywienia i pielęgnacji dziecka.)  
 .....

.....  
 Miejscowość, data

.....  
 Podpis rodzica/ Opiekuna