

**Анкета
для
родителей
при
поступлен
ии в д/с**

Часть 1:

1. Ребёнок:

А) фамилия, имя:

Б) дата рождения: _____

2. Мать:

А) Ф.И.О. _____

Б) год рождения: _____

В) образование, специальность, место работы:

3. Отец:

А) Ф.И.О. _____

Б) год рождения: _____

В) образование, специальность, место работы:

4. Состав семьи (кто постоянно живёт с ребёнком):

А) взрослые: _____

Б) дети (возраст): _____

5. К кому из членов семьи ребёнок наиболее привязан:

6. Кто в основном занимается воспитанием ребёнка:

7. Как называете ребёнка дома: _____

8. Есть ли у ребёнка любимая игрушка: _____

Какая _____

9. Соблюдается ли режим дня ребёнка в семье:

(если «да», то кратко изложите его на листе-вкладыше)

10. Как ребёнок относится к режимным процессам:

А) положительно _____

Б) нейтрально _____

В) отрицательно _____

Г) ко всем по разному _____

11. Есть ли у ребёнка привычки:

А) засыпать на руках _____

Б) засыпать при укачивании _____

В) сосать пальцы, соску _____

Г) иные: _____

12. Как Вы наказываете ребёнка и что наиболее эффективно

13. Как Вы поощряете ребёнка и что наиболее эффективно

14. Готовили ли Вы ребёнка к поступлению в детский сад:

в какой форме: _____

15. Ознакомлены ли вы с условиями воспитания в детском саду и режимом дня группы: _____

16. Посещал ли ребёнок другие детские учреждения: _____ ,

если «да», то как проходило привыкание ребёнка к детскому учреждению ранее:

а) длительно, тяжело, отказывается от еды и сна: _____

б) быстро, легко, без особых усилий: _____

в) были случаи заболеваний _____

17. Были ли резкие перемены в обстановке, в которой рос ребёнок:

переезды, частые или длительные разлуки с родителями: _____

Реакция на них ребёнка: _____

18. Какие отношения у ребёнка с детьми: _____

Есть ли трудности (какие): _____

19. Что Вас беспокоит в ребёнке: _____

20. Что Вы бы хотели узнать и какие советы получить от специалистов детского учреждения: _____

Часть 2:

1. Общие сведения об особенностях развития ребёнка до и после рождения (была ли патология беременности, родов, часто ли ребёнок болеет и т.д.):

2. Наличие факторов риска в состоянии здоровья матери и ребёнка:

3. Состояние здоровья ребёнка к моменту поступления в данное детское учреждение:

А) перенесённые заболевания: _____

Б) наличие травм, операций: _____

В) состоит ли ребёнок на учёте у психоневролога или других специалистов:

Дата заполнения: _____ Подпись заполнившего _____