



Приложение 2  
Утверждено  
Генеральным директором  
Детского центра «Мини Домини»  
от « 01 » октября 2016г.

## АНКЕТА

Лицевой счет: \_\_\_\_\_

Дата заполнения: " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

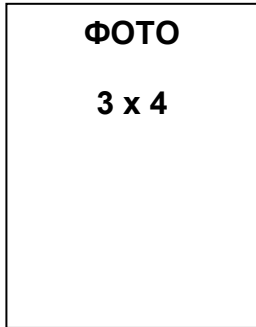
Дата рождения: " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Свидетельство о рождении № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_

кем выдано \_\_\_\_\_

Место жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



ФИО матери \_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_

Конт. телефон \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

ФИО отца \_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_

Конт. телефон \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Номера и марки автомобилей для заказа пропусков: \_\_\_\_\_

---

Состав семьи (кто постоянно проживает с ребенком): \_\_\_\_\_

---

Лица, уполномоченные осуществлять доставку ребенка в Детский центр и из Детского центра домой, а также принимать решения по всем вопросам пребывания ребенка в Детском центре (ФИО и конт. телефон):

---

---

1. Часто ли болеет ребенок: редко/часто, легко/тяжело, с осложнениями \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  2. Состоял/состоит на учете у врача: инфекциониста, окулиста, отоларинголога, ревматолога, психоневролога, аллерголога, дерматолога, хирурга и др.?  
\_\_\_\_\_
  3. Принимает ли какие-либо препараты? Есть ли необходимость приема препаратов в период нахождения в детском саду, каких? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  4. Номер полиса обязательного/ добровольного медицинского страхования \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  5. Адрес клиники, куда следует доставить ребёнка для оказания неотложной медицинской помощи: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  6. Аппетит нормальный, повышенный, пониженный, избирательный (нужное подчеркнуть). Умеет ли сам есть? \_\_\_\_\_
  7. Особенности питания Ребенка – что не ест, противопоказания, следует ли настаивать или уговаривать есть и т.д.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
-

8. Выявлена ли аллергия? На что, как и когда проявилась? Какими препаратами снимать проявления аллергии? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Перечислите продукты, вызывающие аллергию, если есть такие: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Как засыпает ребенок: быстро/ не сразу, спит ли ребенок днем, продолжительность дневного сна \_\_\_\_\_
11. Какие игры и занятия предпочитает ребенок: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Какие дополнительные занятия/кружки/секции посещает Ваш ребенок? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Взаимоотношения ребенка с другими детьми \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. Взаимоотношения ребенка со взрослыми \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
15. Разрешаете ли Вы физический контакт ребенка с сотрудниками Детского центра, такие как объятия и т.п.? \_\_\_\_\_
16. Индивидуальные особенности: привычка сосать соску, палец, заикание, используются ли подгузники, случаются ли обмороки и другое \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
17. Навыки самообслуживания: самостоятельно переодевается, пользуется туалетом/горшком, моет руки, кушает с помощью ложки/вилки, другое (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
18. Ваши пожелания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Подпись Родителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /