

## **Mateřská škola „Čtyřlístek“ Benešov**

Bezručova 1948, Benešov 256 01

IČ : 75 033011

Telefon : 317 723 781

Mobil : 777 787 758

**Vážení rodiče,**

**Prosíme Vás o laskavé vyplnění předkládaného dotazníku. Získané informace nám poslouží k lepšímu poznání dítěte, k zajištění individuálního přístupu a respektování potřeb dítěte.**

Získané informace jsou důvěrné a zaměstnanci jsou vázáni mlčenlivostí. Pokud Vám ovšem některé otázky připadají příliš osobní, nemusíte na ně odpovídat.

Děkujeme za Váš čas, který věnujete vyplnění dotazníku.

Mgr. Milena Mottlová  
Ředitelka MŠ

## Dotazník pro rodiče

**Jméno dítěte :**  
**Datum narození :**  
**Bydliště :**

**Dítě vyrůstá v rodině :**  
**Úplné, matka samoživitelka ( rozvedená, svobodná), dítě v péči prarodiče, atd.  
prosíme uveďte :**

**Sourozenci ( věk, jméno) :**

**e-mail / telefon na rodiče :**

**Samostatnost dítěte při sebeobsluze :**  
**(co zvládá, co mu dělá problémy, hygienické návyky- WC, použití kapesníku  
atd.)**

**Jak navazuje kontakty**  
**a) s jinými dětmi**

**b) s dospělými**

**Jaké hračky dítě preferuje ?**

**Která aktivita u dítěte převládá, kterou činnost preferuje ?**  
**(kreslení, malování, zpěv, modelování, četba pohádek, poslech pohádek,  
sledování tv, hry na počítači, pohybové aktivity, atd.)**

**Čtete nebo vyprávíte dítěti před spaním ?**

**Hovoříte s dítětem o jeho pocitech, zážitcích, dojmech ?**

**Navštěvuje dítě nějaký kolektiv – s matkou nebo samostatně ( cvičení rodičů s dětmi, dětský klub, kurz předplavecké výchovy, atd.) ?**

**Po jaký časový úsek zvládne dítě odloučení od matky ?**

**Bylo již po dobu delší než 24 hodin bez matky ?**

**Jaká má oblíbená jídla ?**

**Co odmítá jíst ?**

**Nabízíte mu jídla , která odmítá ?**

**Pije mléko ( kakao, bílou kávu...)?**

**Je dítě zvyklé po obědě spát ?**

**Charakteristika dítěte – povaha :**

**Co chcete vzkázat učitelkám ve vztahu k Vašemu dítěti ?**

### **ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK**

**Jaké infekční choroby již dítě prodělalo ?**

**Má alergii ?**

**Na jaké alergeny ?**

**Má v souvislosti s tím nějaká omezení ?**

**Bere pravidelně léky ?**

**Je dítě omezeno nějakou dietou ( bezlepková, diabetická) ?**

**Má dítě nějaké zjevné zlovyky ( kousání nehtů, dumlání prstů, plačtivost, vzteklost, atd.) ?**

**Pokud ano, jak se snažíte zlovyky eliminovat ?**

**Má nějakou získanou nebo vrozenou vadu ? Jakou ?**

**Má vadu zraku ? Jakou ?**

**Má vadu sluchu ? Jakou ?**

**Pomočuje se v noci, ve dne ?**

**Má Vaše dítě nějaké duševní, tělesné nebo povahové zvláštnosti, na které byste chtěli upozornit ?**

**Měli byste zájem vést v MŠ nějaký (pohybový hudební, keramický..) kroužek ?  
Za jakých podmínek ?**

**Jiná sdělení rodičů :**

## **OSTATNÍ**

- I. V souvislosti s eventuálním nutným ošetřením dítěte v případě náhlého onemocnění či úrazu, spolupráce s pojišťovnou Kooperativa aj, Vás prosíme o vyslovení souhlasu s použitím rodného čísla Vašeho dítěte .**
- A) Souhlasím s použitím rodného čísla dítěte v nezbytných případech**
  - B) Nesouhlasím s použitím rodného čísla dítěte, ani v uvedených případech**

**Podpis zákonného zástupce :**

- II. Zároveň Vás prosíme o vyslovení souhlasu s použitím fotografií Vašeho dítěte a dětských prací ( do kroniky, na propagaci MŠ, do novin, případně studijních či výzkumných prací,atd.)**

- A) Souhlasím**
- B) Nesouhlasím**

**Podpis zákonného zástupce :**

**Poznámka, připomínka k oddílu „Ostatní“ :**