

# Los Rios Community College District

American River College • Cosumnes River College • Sacramento City College

## Історія дитини

Ім'я та прізвище дитини \_\_\_\_\_ Дата народження \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_

Ім'я та прізвище батька/матері/опікуна \_\_\_\_\_ Чи проживає разом із дитиною? \_\_\_\_\_

Ім'я та прізвище батька/матері/опікуна \_\_\_\_\_ Чи проживає разом із дитиною? \_\_\_\_\_

Якою мовою/-ми спілкується вдома? \_\_\_\_\_

## **Історія розвитку/здоров'я**

Вага при народженні \_\_\_\_\_ Стан при народженні \_\_\_\_\_

Почав/-ла ходити у \_\_\_\_\_ місяців. Почав/-ла говорити у \_\_\_\_\_ місяців. Привчений/-а до туалету у \_\_\_\_\_ місяців.

Чи перебувала дитина під регулярним наглядом лікаря? \_\_\_\_\_ Дата останнього обстеження \_\_\_\_\_

Будь ласка, перерахуйте всі минулі серйозні захворювання вашої дитини з приблизними датами та уточніть чи була потреба у госпіталізації? \_\_\_\_\_

Чи було діагностовано у вашої дитини будь-які особливі потреби чи обмеження (інвалідність, недієздатність)? Якщо так, то, будь ласка, опишіть. \_\_\_\_\_

Чи часто у вашої дитини буває застуда, алергія, астма, біль у животі та/або кровотеча з носа? \_\_\_\_\_

Якщо так, то, будь ласка, опишіть. \_\_\_\_\_

Чи приймає ваша дитина будь-які ліки на постійній основі? Якщо так, то, будь ласка, опишіть. \_\_\_\_\_

## **Розпорядок дня**

О котрій годині ваша дитина прокидається? \_\_\_\_\_ Легає спати? \_\_\_\_\_ Чи спить дитина вдень? \_\_\_\_\_

Якщо так, то в який час і як довго? \_\_\_\_\_

О котрій годині ваша дитина зазвичай їсть? \_\_\_\_\_

Який типовий розпорядок прийому їжі у вашої дитини? \_\_\_\_\_

У вас є якісь занепокоєння щодо харчових звичок вашої дитини? \_\_\_\_\_

Як ваша дитина повідомляє вам коли йому/їй потрібно в туалет? \_\_\_\_\_

Чи є у вас якісь занепокоєння щодо відвідування туалету дитиною? \_\_\_\_\_

## **Додаткова інформація**

Чи брала ваша дитина участь у програмі для дітей молодшого віку раніше? Якщо так, то скільки годин/днів в на тиждень? \_\_\_\_\_

Що засмучує та/або лякає вашу дитину? \_\_\_\_\_

Хто привчає до дисципліни? \_\_\_\_\_ Яку заходи підтримки дисципліни ви використовуєте?

У вас є занепокоєння щодо поведінки вашої дитини? \_\_\_\_\_

Які улюблені речі вашої дитини? \_\_\_\_\_

Будь ласка, надайте будь-яку додаткову інформацію, яка допоможе нам задовольнити потреби вашої дитини. \_\_\_\_\_

**Підпис батька/матері** \_\_\_\_\_ **Дата** \_\_\_\_\_