

Вказівки щодо заповнення:
Заповніть або позначте хрестиком ☒

Прізвище дитини		Ім'я	Дата народження	Громадянство	Кількість братів/сестер
Рідна мова (мати/батько)	Рідна мова (батько/мати)		Кількість дорослих осіб у домашньому господарстві	Інформація про відвідування дошкільного навчального закладу Тривалість, роки	
Ім'я, прізвище, адреса юридичного опікуна Прізвище(-а).....Ім'я(-ена).....Індекс, населений пункт..... Вулиця, № буд., № кв.....Тел.					
Вагітність і перебіг пологів (інформація з «жовтої» (медичної) карти дитини)					
Кількість повних тижнів вагітності: I__I__I тижнів Вага при народженні: I__I__I__I г ☐ Багатоплідні пологи					
Розвиток					
Чи було у дитини <u>коли-небудь</u> виявлено вади розвитку? ☐ Так ☐ Ні					
Проблеми з мовленням ☐ Так ☐ Ні			Вільна ходьба у віці до 18 міс. ☐ Так ☐ Ні		
Перші слова (такі як «мама», «тато») у віці до 18 міс. ☐ Так ☐ Ні			Дитина росте багатомовною ☐ Так ☐ Ні		
Контакт із німецькою мовою ☐ від народження ☐ не від народження			Якщо контакт із німецькою мовою не від народження, то з якого віку? I__I років I__I__I місяців		
Дитина ☐ правша ☐ лівша ☐ ще не визначився(-лася)					
Чи було у вашої дитини одне з наступних захворювань або медичних ускладнень?					
Вади зору ☐ Ні ☐ Так Лікування косоокості ☐ Ні ☐ Так Носить окуляри ☐ Ні ☐ Так					
Серйозні вади слуху ☐ Ні ☐ Так					
Якщо так, дайте, будь ласка, відповідь на наступні запитання:					
☐ вроджена значна вада слуху ☐ ліве вухо ☐ праве вухо					
☐ набута значна вада слуху ☐ ліве вухо ☐ праве вухо					
☐ користується слуховим апаратом починаючи з: ліве вухомісяць/рік праве вухомісяць/рік					
☐ має кохлеарний імплантат починаючи з: ліве вухомісяць/рік праве вухомісяць/рік					
Вроджені проблеми обміну речовин / гормональні порушення (тільки діагностовані лікарем) : ☐ Ні ☐ Так (Які?):					
☐ дефіцит ацил-КоА дегідрогенази середнього ланцюга ☐ гіпотеріоз ☐ фенілкетонурія ☐ адреногенітальний синдром ☐ муковісцидоз ☐ цукровий діабет 1-го типу ☐ цукровий діабет 2-го типу					
Інші хронічні захворювання: ☐ Ні ☐ Так (які?):					
Інвалідність: ☐ Ні ☐ Так (яка?):					
Ліки, які дитина приймає регулярно: ☐ Ні ☐ Так (Які?):					
Чи відомо вам про наявність у вашої дитини будь-яких хвороб, які вимагають особливих дій у надзвичайних ситуаціях (наприклад, алергія, епілепсія тощо)? ☐ Ні ☐ Так					
Якщо так, то які це хвороби?					
Чи ваша дитина користалася наступними заходами підтримки чи лікування?					
Участь у навчальних курсах з німецької мови ☐ Ні ☐ Так ☐ Заплановано					
Лікування у логопеда ☐ Ні ☐ Закінчено ☐ Ще триває ☐ Заплановано					
Раннє втручання/лікувальна педагогіка/ерготерапія ☐ Ні ☐ Закінчено ☐ Ще триває ☐ Заплановано					
Фізіотерапія ☐ Ні ☐ Закінчено ☐ Ще триває ☐ Заплановано					
Педіатр/Сімейний лікар:					

.....
Населений пункт, дата

.....
Підпис юридичного опікуна