

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

Населений пункт, дата

Підпис юридичного опікуна