

Intake Formulier De Speelhaven

Kind

Naam : Roepnaam:.....
Geboortedatum :-.....-.....
Burgerservice nummer:.....
Nationaliteit :.....
Plaatsingsdatum :.....-.....-.....
Plaatsingsdagen : ma 0 di 0 woe 0 do 0 vrij 0
Welke uren : van.....tot.....

Ouders

Naam vader :geb. datum.....
Naam moeder : geb. datum.....
Adres :
Postcode/woonplaats:.....
E-mailadres 1 :.....
E-mailadres 2 :.....

Telefoonnummers

Thuis :.....
Werk moeder :mobiel.....
Werk vader :mobiel.....
Nood (naam en tel.):.....

Huisarts/verzekering

Tandarts : adres:.....
tel.nr:.....

Huisarts : adres:.....
tel.nr:.....

Door wie wordt uw kind opgehaald:

Door :

(is er sprake van een omgangsregeling/gerechtelijke uitspraak) ja 0 nee 0

Gezinssituatie

Hoe ziet de gezinssamenstelling eruit?

.....

Leeftijd broers en zussen (met geboortedatum)

.....

.....

Indien ouders gescheiden zijn: is er regelmatig contact met de andere ouder?

ja 0 Nee 0

Zo ja, hoe verloopt dit contact?

.....

.....

Peuterspeelzaal/kinderdagverblijf

Heeft uw kind een ander kinderdagverblijf of peuterspeelzaal bezocht? ja 0 nee 0

Zo ja, welke en zijn er relevante ervaringen van het kind en ouder uit deze periode?

.....

.....

Gezondheid

Hoe is de ontwikkeling van uw kind tot nu toe verlopen(vroeggeboorte, bijzonderheden bij de bevalling die van invloed zijn op de ontwikkeling etc.)?

.....

.....

.....

Zijn er medische bijzonderheden waar rekening mee gehouden moet worden?

.....

.....

Is uw kind onder behandeling van een specialist? ja 0 nee 0

.....
.....

Is er sprake van medicijngebruik? (formulier invullen)

.....
.....

Is er sprake van allergie? Ja 0 nee 0

Zo ja: welke.....

Welke kinderziekten heeft uw kind gehad?

.....
.....

Welk consultatiebureau bezoekt uw kind?.....

Indien nodig consulteren wij het consultatiebureau, na overleg met ouders:

Volgt uw kind het normale inentingsprogramma? ja 0 nee 0

Zo niet, welke wel?

Dktp 1:..... Hib 1.....

Dktp 2:..... Hib 2.....

Dktp 3:..... Hib 3.....

Dktp 4:..... Hib 4.....

Bmr :.....Meningokokken.....

.....

Voeding

Hoe ziet het voedingsschema van uw kind eruit (tijdstip van voeden, soort voeding etc.).....

.....
.....
.....

Fles/tuit/beker:.....

Is er sprake van een dieet? Ja 0 nee 0

.....
.....

Eet uw kind vegetarisch? Ja 0 nee 0.....

Gedrag/ontwikkeling

Hoe ontwikkeld uw kind zich?

.....
.....

Is uw kind gewend om met andere kinderen te spelen?

.....
.....

Hoe reageert uw kind op veranderingen? (van omgeving, andere mensen/kinderen)

.....
.....

Waar speelt uw kind graag mee?

.....
.....

Hoe wil uw kind graag getroost worden?

.....

Slapen

Wat is het slaapritme van uw kind?

.....
.....

Wat is de slaaphouding, gebruikt u speen/knuffel of iets anders?

.....
.....

(bij buikslap formulier laten tekenen!)

(bij inbakeren formulier laten tekenen!)

Zindelijkheid

Is uw kind zindelijk? ja 0 nee 0 (al bezig met training, potje ?)

.....
.....

Afspraken

.....

.....

.....

.....

toestemmingsformulieren van toepassing

Medicijngebruik : ja 0 nee 0

Foto/video opname : ja 0 nee 0

Buikslapen : ja 0 nee 0

Inbakeren : ja 0 nee 0