# IF-5

# 0-2 YAŞ GRUBU BİLGİ FORMU

# (Kesin kayıt sırasında anne tarafından doldurulacaktır.)

Size ve çocuğunuza daha fazla yararlı olmak dileğiyle aşağıdaki bilgi formunu doldurmanızı rica ederiz.

Adınız ve Soyadınız :

Doğum Tarihiniz :

Eğitim Durumunuz :

Medeni Durumunuz :

Anne – Baba ayrı yaşıyorsa çocuk kiminle birlikte :

Telefonunuz :

E-mail adresiniz :

**Çocuğun adı ve soyadı :**

Cinsiyeti :

Doğum yeri ve tarihi :

Kardeş sayısı :

Kaçıncı çocuk olduğu :

Kreşe gelmeden önce çocuğa kim baktı ? :

ANNENİN GEBELİK ÖYKÜSÜ

İstenen bir çocuk muydu ?:

Gebelik süresi :

Gebelik sırasında geçirilen hastalıklar :

Gebelik sırasında ilaç kullanıldı mı? :

Gebelik sırasında sigara kullanıldı mı? Miktarı?:

Annenin gebelik yaşı :

Anne-baba akraba mı? Evet/ Hayır :

Evet ise nasıl :

ÇOCUĞUN DOĞUMU VE DOĞUM SONRASI

Doğum, Nerede oldu ? :

Doğum,

Normal ( ) Sezeryan ( ) Vakum ( ) Diğer ( )

Çocuğun Doğum Kilosu :

Çocuğun Doğum Boyu :

Anne sütü alıyor mu? :

Emzirme süresi :

Emzik kullanıyor mu? :

İlk dişi çıktı mı (evet ise ne zaman)? :

KONUŞMA GELİŞİMİ

Aşağıdaki Konuşma basamaklarına ne zaman başladı ? :

Agulama :

Anlamsız sesler çıkarma :

Hecelerle seslenme :

Tek kelimelik cümle :

Yaşına uygun cümleler kurar mı? :

Kekeler mi ? :

Söylemek istediklerini anlaşılır biçimde ifade eder mi? :

Fiziksel özrü var mı? :

Geçirilmiş önemli bir kaza varsa belirtiniz :

Uyku alışkanlıkları (kısaca açıklayınız) :

Beslenme alışkanlıkları (kısaca açıklayınız) :

Tuvalet eğitimi verildi mi? :

Gündüz altını ıslatır mı ? :

Gece altını ıslatır mı ? :

Tırnaklarını yeme alışkanlığı var mı ? :

Tiki var mı (yüz,beden,ses) ? :

Çok hareketli midir? :

Bu Form tarafımdan doldurulmuştur.

Adı-Soyadı: İmza