

**Анкета для родителей,  
при поступлении ребенка в детский сад**

1. Ребёнок:

а) фамилия, имя: \_\_\_\_\_

б) дата рождения: \_\_\_\_\_

2. Мать:

а) Ф.И.О. \_\_\_\_\_

б) год рождения: \_\_\_\_\_

в) образование, специальность, место работы:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Отец:

а) Ф.И.О. \_\_\_\_\_

б) год рождения: \_\_\_\_\_

в) образование, специальность, место работы:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Состав семьи (кто постоянно живёт с ребёнком):

а) взрослые:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

б) дети (возраст):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. К кому из членов семьи ребёнок наиболее привязан:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Кто в основном занимается воспитанием ребёнка:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Как называете ребёнка дома:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Есть ли у ребёнка любимая игрушка (какая): \_\_\_\_\_

9. Соблюдается ли режим дня ребёнка в семье: \_\_\_\_\_

10. Как ребёнок относится к режимным процессам:

а) положительно \_\_\_\_\_

б) нейтрально \_\_\_\_\_

в) отрицательно \_\_\_\_\_

г) ко всем по разному \_\_\_\_\_

11. Есть ли у ребёнка привычки:

а) засыпать на руках \_\_\_\_\_

б) засыпать при укачивании \_\_\_\_\_

в) сосать пальцы, соску \_\_\_\_\_

г) иные: \_\_\_\_\_

12. Как Вы наказываете ребёнка и что наиболее эффективно

---

---

13. Как Вы поощряете ребёнка и что наиболее эффективно

---

---

14. Готовили ли Вы ребёнка к поступлению в детский сад:

в какой форме: \_\_\_\_\_

15. Ознакомлены ли вы с условиями воспитания в детском саду и режимом дня группы:

16. Посещал ли ребёнок другие детские учреждения: \_\_\_\_\_, если «да», то как проходило привыкание ребёнка к детскому учреждению ранее:

а) длительно, тяжело, отказывается от еды и сна: \_\_\_\_\_

б) быстро, легко, без особых усилий: \_\_\_\_\_

в) были случаи заболеваний \_\_\_\_\_

17. Были ли резкие перемены в обстановке, в которой рос ребёнок:

переезды, частые или длительные разлуки с родителями: \_\_\_\_\_

Реакция на них ребёнка: \_\_\_\_\_

18. Какие отношения у ребёнка с детьми: \_\_\_\_\_

Есть ли трудности (какие)

: \_\_\_\_\_

19. Что Вас беспокоит в ребёнке: \_\_\_\_\_

20. Что Вы бы хотели узнать и какие советы получить от специалистов детского учреждения:

---

---

## Часть 2:

1. Общие сведения об особенностях развития ребёнка до и после рождения (была ли патология беременности, родов, часто ли ребёнок болеет и т.д.):

---

---

2. Наличие факторов риска в состоянии здоровья матери и ребёнка: \_\_\_\_\_

3. Состояние здоровья ребёнка к моменту поступления в данное детское учреждение:

а) перенесённые заболевания:

---

б) наличие травм, операций:

---

в) состоит ли ребёнок на учёте у психоневролога или других специалистов:

---

Дата заполнения: \_\_\_\_\_ Подпись заполнившего \_\_\_\_\_