* ***Анкета для родителей***

|  |  |
| --- | --- |
| **ФИО ребенка** |  |
|  |
| **Число, месяц, год рождения** |  |
| **Домашний адрес** |  |
| **Телефон** |  |
| **Мать: Фамилия, имя, отчество, место работы, телефон** |  |
|  |
|  |
| **Отец: Фамилия, имя, отчество, место работы, телефон** |  |
|  |
|  |
| **Телефоны для контакта, в случае, если телефоны родителей будут не доступны** |  |
|  |
|  |
|  |
| **Чем ваш ребенок любит заниматься в свободное время?** |  |
|  |
|  |
| **Какие игры предпочитает?** |  |
|  |
| **Какие кружки посещает?** |  |
|  |
| **Занимался ли он футболом в групповой секции?** |  |
| **Как ведет себя в детском коллективе (активен, пассивен, застенчив и т.д.)?** |  |
| **Какие обязанности имеет дома? (эпизодические, постоянные)** |  |
|  |
|  |
| **Какие, с вашей точки зрения, индивидуальные особенности ребенка необходимо учесть при вхождении его в новый коллектив?** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Кто в семье непосредственно занимается воспитанием ребенка? (подчеркнуть)** | мать, бабушка, отец, дедушка, тетя, дядя, старшие брат, сестра |
| **Где чаще всего совместно с ребенком проводите досуг? (подчеркнуть)** | дома, на прогулке, в театре, в кино, туристических походах |
| **Какие методы воспитания вы предпочитаете? (подчеркнуть, добавить)** | уговоры, разъяснения, строгие требования, наказания, поощрения, дружеские контакты и т.д. |
| **Есть ли у ребенка отдельная комната или специальный уголок?** |  |
|  |
|  |
| **ВНИМАНИЕ!** На сборы не принимаются дети с диагнозом «бронхиальная астма». Сокрытие информации о наличии данного заболевания, также как и пребывание ребенка с данным диагнозом несет опасность его жизни и здоровью. | |
| **Хронические заболевания. Что вы обычно делаете при обострении хронического заболевания (при наличии такового)** | Диатез, Кожные, Бронхиальная астма, Перенесенные операции, Другие. |
|  |
| **Травмы (если были, уточните, насколько давно)** | Черепно-мозговые, Позвоночные, Другие |
| **Сердечно-сосудистая система** | Давление, Склонность к обморокам, Другие |
| **Иммунная система** | Свертываемость крови, Склонность к частым ОРЗ, Заживление ран, Другое |
| **Есть у ребенка аллергия?** | Растения, Животные, Лекарства, Пища, другое |
| **Есть ли еще какие особенности организма Вашего ребенка, о которых должны знать и учесть?** |  |
| **Может ли ребенок посещать бассейн. Умеет ли ребенок плавать?** |  |
| **Необходимо ли использование средств личной безопасности на воде (жилет, нарукавники)** |  |
| **Укачивает ли ребенка в автобусе** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата заполнения анкеты** |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Расшифровка подписи