



Deildarstjóri skráir í fyrsta samtali við foreldra.

Dvalartími barns í leikskóla frá kl. \_\_\_\_\_ til kl. \_\_\_\_\_

Leikskóladvöl hefst dags \_\_\_\_\_ Leikskóladvöl lýkur dags \_\_\_\_\_

Nafn barns	kennitala	
Lögheimili	sími	
Nafn móður/forráðamanns	Kennitala	netfang
Vinnustaður: _____	Vinnusími _____	Gsm sími _____
Vinnutími:		
Nafn föður /forráðamanns	Kennitala	netfang
Vinnustaður: _____	Vinnusími _____	Gsm sími _____
Vinnutími:		
<input type="checkbox"/> Gift/ í sambúð <input type="checkbox"/> Námsmaður/menn <input type="checkbox"/> Einstæð/ur	Nafn og símanúmer næsta aðstandenda ef ekki næst í foreldra _____ _____	
Heilsugæsla/heimilislæknir		
Hvenær byrjar barnið aðlögun? _____	Aðlögunaraðili: _____	
Hefur barnið verið áður í leikskóla? <input type="checkbox"/> JÁ <input type="checkbox"/> NEI Hvar _____	Matarvenjur/matvendni/sjálfs hjálp við matarborð: _____ _____ _____	
Systkini/samskipti við önnur börn: _____ _____ _____	Skaplyndi: Hvaða agareglur nota foreldrar? _____ _____ _____	
Hvöld: Svefn, notar snuð, bangsi (tengihlutur): _____ _____ _____	Salernisvenjur: bleyja - sjálfs hjálp á salerni: _____ _____ _____	



Heilsufar: Barnsjúkdómar, bólusetningar, ofnæmi, astmi, eyrnabólgur, lyf, sjón, heyrn:

---

---

Heimilisaðstæður: veikindi, reglur og venjur, trúfélag:

---

---

Eru foreldrar í sambúð, ef ekki hvernig er samskiptum háttað ?

---

---

Hafa orðið breytingar í lífi barnsins á síðustu mánuðum s.s. flutningar, breytingar á heimilishögum, nýtt systkini o.þ.h.:

---

---

Málþroski: Talgallar, hljóðtök, hljóðmyndun, stam:

---

---

Hreyfiproski : Fínhreyfingar/grófhreyfingar, sérstakur skófatnaður, innlegg:

---

---

Sterkar og veikar hliðar barnsins:

---

---

Hvaða væntingar hefur þú sem foreldri til leikskólans?

---

---

Hvernig villt þú að tekið sé á móti barninu?

---

---

Annað sem þú vilt koma á framfæri:

---

---

Dags \_\_\_\_\_

Undirskrift foreldris / forráðamanns.

Undirskrift deildarstjóra