



Karta zgłoszenia dziecka do MODELOWEGO PRZEDSZKOLA / ŻŁOBKA*
Karta informacyjna o dziecku
w roku szkolnym 20..../20....

Proszę o przyjęcie dziecka

1. Imiona:
2. Nazwisko:
3. Data i miejsce urodzenia:
4. Adres zamieszkania:
5. Adres zameldowania:
6. PESEL:

do Modelowego Przedszkola / Żłobka* od dnia:

Dane rodziców / opiekunów prawnych:

| LP | DANE | MATKA | OJCIEC |
|----|---|-------|--------|
| 1 | Imiona: | | |
| 2 | Nazwisko: | | |
| 3 | Adres zamieszkania: | | |
| 4 | Adres zameldowania: | | |
| 5 | Nr telefonu: | | |
| 6 | E-mail: | | |
| 7 | Nazwa, adres i nr telefonu zakładu pracy: | | |

Wszystkie dane dotyczące miejsca zamieszkania, miejsca pracy, numery telefonów, zbierane są w celu uzyskania szybkiego kontaktu z rodzicami w sytuacjach tego wymagających.



DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU I RODZINIE.

| |
|--|
| Jak dziecko lubi być nazywane ?: |
| Czy dziecko uczęszczało do żłobka / przedszkola* ? TAK / NIE* Jeśli tak, jak przebiegła adaptacja ? *(skreśl, jeśli nie dotyczy) |
| Choroby, wady rozwojowe, kalectwo, alergie i uczulenia, itp. |
| Zalecenia dotyczące diety: TAK / NIE* *Jeśli tak, wypełnij formularz żywieniowy. |
| Czy dziecko przebywało w szpitalu ? TAK / NIE* Jak długo ? Z jakiego powodu ? *(skreśl, jeśli nie dotyczy) |
| Inne uwagi o stanie zdrowia, jakie chcieliby Państwo przekazać ? Czy jest pod opieką specjalisty (jakiego) ? Tu proszę również zawrzeć informacje o odstąpieniu od obowiązkowych szczepień, jeśli taka sytuacja wystąpiła (proszę wymienić, których) ? |
| Uwagi dotyczące dziecka, skierowane do nauczyciela (nawyki, zachowania na które należy zwrócić uwagę): |
| W jakich godzinach będzie przebywało dziecko w przedszkolu? Zgodnie z Ustawą max. Czas pobytu dziecka w placówce to 10 h dziennie. |
| Czy dziecko śpi w ciągu dnia (jak długo)? |
| Czy jest „niejadkiem”? Zdecydowanie nie lubi potraw – proszę wymienić: |
| Czy dziecko pamięta o potrzebach fizjologicznych? Czy trzeba mu przypominać? |
| Czy łatwo rozstaje się z mamą i tatą? |
| Czy chętnie pozostaje z osobami z poza najbliższej rodziny? |
| W zdenerwowaniu lub złości dziecko najczęściej |
| Czy są sytuacje, których dziecko się boi? Jakie? |
| Co najchętniej lubi robić? |
| Jest szczęśliwe, gdy |
| Martwi się gdy: |
| Nie lubi, gdy: |
| Inne informacje i sugestie, które chcieliby Państwo nam przekazać: |

Prosimy o uaktualnianie informacji, które ulegną zmianie



OŚWIADCZENIA / ZGODY

1. ZGODA NA UDZIAŁ W SPACERACH

*

| | |
|-----|-----|
| TAK | NIE |
|-----|-----|

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w spacerach poza teren placówki Modelowego Przedszkola i Żłobka w Stanisławowie Pierwszym przy ul. Jana Kazimierza 283, w roku szkolnym 2016/2017.

2. ZGODA NA PUBLIKACJĘ WIZERUNKU

*

| | |
|-----|-----|
| TAK | NIE |
|-----|-----|

Wyrażam zgodę na publikację przez Modelowe Przedszkole i Żłobek wizerunków (zdjęć, nagrań) mojego dziecka, w tym także na stronie internetowej i materiałach promocyjnych (zdjęcia grupowe i indywidualne), w celach związanych z jej działalnością.

3. ZGODA NA BADANIA LOGOPEDYCZNE I PSYCHOLOGICZNE

*

| | |
|-----|-----|
| TAK | NIE |
|-----|-----|

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w badaniach logopedycznych i psychologicznych przeprowadzanych na terenie Modelowego Przedszkola i Żłobka przez specjalistów zatrudnionych w przedszkolu oraz z nim współpracującymi.

4. OŚWIADCZENIE O UDZIALE W PROJEKTACH

*

| | |
|-----|-----|
| TAK | NIE |
|-----|-----|

Wyrażam zgodę na udział dziecka w badaniach / diagnozach / analizach rozwoju oraz ewaluacji, w ramach realizowanych przez przedszkole i żłobek programach rozwojowych.

5. ZGODA NA SPRAWDZANIE CZYSTOŚCI SKÓRY

*

| | |
|-----|-----|
| TAK | NIE |
|-----|-----|

Wyrażam zgodę na sprawdzanie czystości skóry głowy przez pracowników Modelowego Przedszkola i Żłobka.

6. ZGODA NA PRZEGLĄD STOMATOLOGICZNY

*

| | |
|-----|-----|
| TAK | NIE |
|-----|-----|

Wyrażam zgodę na przegląd uzębienia mojego dziecka i uzyskanie informacji zwrotnej.

7. OŚWIADCZENIE O PODAWANIU LEKÓW

*

| | |
|-----|-----|
| TAK | NIE |
|-----|-----|

Zostałam/em poinformowany, że podczas pobytu Dziecka w Centrum nie mogą być podawane żadne leki.



8. ZGODA UDZIELENIE PIERWSZEJ POMOCY

*

| | |
|------------|------------|
| TAK | NIE |
|------------|------------|

W razie zagrożenia zdrowia lub życia mojego Dziecka wyrażam zgodę a przewiezienie Dziecka do szpitala i udzielenie pomocy medycznej.

9. ZGODA NA CZYNNOŚCI PIELĘGNACYJNO - OPIEKUŃCZE

*

| | |
|------------|------------|
| TAK | NIE |
|------------|------------|

Wyrażam zgodę na wykonywanie czynności pielęgnacyjnych przy moim Dziecku oraz wyrażanie czułości poprzez przytulanie, głaskanie, tulenie do snu.

10. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

*

| | |
|------------|------------|
| TAK | NIE |
|------------|------------|

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym dla potrzeb rekrutacji i prowadzenia działalności Przedszkola i Żłobka, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U. z 2002 r. nr 101poz.926 z późn.zm.). Wiem, że mam/y prawo wglądu do treści tych danych oraz do ich poprawiania i uaktualniania.

Stanisławów Pierwszy, dnia

.....

podpisy rodziców / opiekunów