

| | |
|-------------|--|
| Data wpływu | |
| Wpisowe | |

KARTA ZAPISU DZIECKA DO

(proszę wpisać przedszkole/żłobek)

1. Dane osobowe dziecka

| | | | | | |
|---------------------------------|--------------|--------------------|------------|-----------------|--|
| Pierwsze imię | | drugie imię | | nazwisko | |
| PESEL | | | | | |
| Data i miejsce urodzenia | dzień | miesiąc | rok | miejsce | |
| | | | | | |
| Adres zamieszkania | | | | | |
| Adres zameldowania | | | | | |

2: Dane identyfikacyjne i kontaktowe rodziców/opiekunów prawnych:

| | Matka/opiekun prawny | Ojciec/opiekun prawny |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| Imię | | |
| Nazwisko | | |
| Telefon kontaktowy | | |
| Adres e-mail | | |
| Rodzaj pracy np: zatrudnienie (miejsce), działalność gospodarcza, gospodarstwo domowe | | |
| Adres zamieszkania | | |
| Pesel* | | |

*wypełniamy tylko w przypadku zapisu dziecka do żłobka

3. Posiłki spożywane w przedszkolu/żłobku (proszę zaznaczyć X):

- Pełny posiłek (śniadanie, obiad, podwieczorek),
 Obiad i podwieczorek,
 Bez posiłków.

4.Zobowiązuję się do:

- przestrzegania postanowień statutu przedszkola/żłobka,
- aktualizowania powyższych danych,
- regularnego uiszczania opłat za przedszkole/żłobek do 10 dnia każdego miesiąca,
- przyprowadzania i odbierania dziecka osobiście lub przez upoważnioną osobę ,
- przyprowadzania do przedszkola/ żłobka dziecka wyłącznie zdrowego,
- uczestniczenia w zebraniach rodziców.

Zgodnie z ustawą z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady(UE) 2016/679z dnia 27kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych - **wyrażamy zgodę** na przetwarzanie danych osobowych - w celach związanych z pobytem dziecka w przedszkolu/ żłobku w tym w dzienniku zajęć przedszkola/ żłobka oraz w innej dokumentacji przebiegu nauczania, działalności wychowawczej i opiekuńczej.

Oświadczam, że wszystkie podane w niniejszym wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(data i podpis matki/prawnego opiekuna)

.....
(data i podpis ojca/prawnego opiekuna)

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

| | | | | | |
|---------------------------------|--------------|--------------------|------------|-----------------|--|
| Pierwsze imię | | Drugie imię | | Nazwisko | |
| PESEL | | | | | |
| Data i miejsce urodzenia | dzień | miesiąc | rok | miejsce | |
| | | | | | |

- | | | |
|--|------------|------------|
| 1. Czy dziecko jest szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień? | TAK | NIE |
| 2. Czy dziecko jest pod stałą opieką lekarza? | TAK | NIE |
| 3. Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe? | TAK | NIE |
| 4. Czy dziecko przyjmuje na stałe leki? Jeśli tak proszę podać jakie. | TAK | NIE |
| | | |
| 5. Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jeśli tak proszę podać jakiej. | TAK | NIE |
| | | |
| 6. Czy dziecko ma zdiagnozowaną wadę słuchu lub wzroku? Jeśli tak czy nosi okulary lub aparat słuchowy? | TAK TAK | NIE NIE |
| 7. Czy dziecko ma zalecenia związane z dietą? Jeśli tak proszę podać jakie. | TAK | NIE |
| | | |
| 8. Czy dziecko posiada znamiona lub blizny? | TAK | NIE |
| 9. Czy dziecko przebyło zabieg operacyjny? | TAK | NIE |
| 10. Jakie choroby zakaźne przebyło dziecko? | | |
| 11. Czy dziecko jest uczulone? Jeśli tak proszę podać na co i opisać jaka jest reakcja organizmu. | TAK | NIE |

12. Inne informacje o dziecku: (proszę przekazać informacje, które uznacie Państwo za ważne):

.....

.....
 (data i podpis matki/prawnego opiekuna)

.....
 (data i podpis ojca/prawnego opiekuna)



ul. Lewa 10, 97-200 Tomaszów Mazowiecki, Tel. 519-182-643, 502-652-879

OŚWIADCZENIA I ZGODY

Dane osobowe dziecka

| | | | | | |
|---------------------------------|--------------|--------------------|------------|-----------------|--|
| Pierwsze imię | | Drugie imię | | Nazwisko | |
| PESEL | | | | | |
| Data i miejsce urodzenia | dzień | miesiąc | rok | miejsce | |
| | | | | | |

1. Ja legitymujący się dowodem osobistym o numerze upoważniam do przyprowadzania i odbioru mojego dziecka z przedszkola/ żłobka następujące osoby :

| L.p | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa (babcia/dziadek/ciocia) | Seria i nr dowodu osobistego | Telefon kontaktowy |
|-----|-----------------|---|------------------------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Oświadczamy, że bierzemy na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo dziecka od chwili odebrania go z placówki przez wskazaną powyżej, upoważnioną przez nas osobę.

2. Wyrażam zgodę na prowadzenie badań oraz udział dziecka w zajęciach specjalistycznych - specjalistyczne badania i zajęcia mogą być prowadzone m.in. przez psychologa, logopedę.

TAK

NIE

3. Wyrażam zgodę na fotografowanie mojego dziecka na terenie przedszkola/ żłobka , na imprezach i wycieczkach oraz publikowanie tych zdjęć na stronie internetowej placówki.

TAK

NIE

4. Wyrażam zgodę na sprawdzenia czystości ciała dziecka (w tym przegląd czystości głowy) przez pielęgniarkę w przedszkolu/ żłobku.

TAK

NIE

5. Wyrażam zgodę na spacer i wycieczki mojego dziecka w okolicach przedszkola/ żłobka (pod opieką nauczycieli/opiekunów) w ramach zajęć przedszkolnych.

TAK

NIE

.....
(data i podpis matki/prawnego opiekuna)

.....
(data i podpis ojca/prawnego opiekuna)



ul. Lewa 10, 97-200 Tomaszów Mazowiecki, Tel. 519-182-643, 502-652-879

DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU

1. **Samodzielność praktyczna** /związana z samodzielnym radzeniem sobie podczas czynności samoobsługowych oraz z samodzielnym wykonywaniem powierzonych dziecku obowiązków związanych z pracami porządkowymi/

- | | | |
|--|-----|-----|
| - potrafi samo się ubrać | TAK | NIE |
| - samo radzi sobie ze spożywaniem posiłków | TAK | NIE |
| - zgłasza potrzeby fizjologiczne | TAK | NIE |
| - wymaga pampersowania | TAK | NIE |
| - po skończonej zabawie porządkuje zabawki | TAK | NIE |

Inne uwagi dotyczące samodzielności dziecka

.....

.....

2. Zachowanie/przyzwyczajenia

Proszę zaznaczyć stwierdzenia, które charakteryzują Państwa dziecko:

- | | | |
|---|-----|-----|
| - ma trudności w rozstawianiu się z rodzicami, np. płacze | TAK | NIE |
| - zostaje pod opieką osób innych niż rodzice/domownicy | TAK | NIE |
| - lubi bawić się z innymi dziećmi | TAK | NIE |
| - jest raczej bierne | TAK | NIE |
| - jest bardzo ruchliwe | TAK | NIE |
| - leżakuje w ciągu dnia | TAK | NIE |
| - jeśli się złości to: | | |

.....

np krzyczy, kopie, płacze/nigdy się nie złości

Inne uwagi dotyczące zachowań i przyzwyczajzeń.

.....

3. Zainteresowania

Wykazuje uzdolnienia w

Interesuje się

Lubi bawić się.

4. Nawyki żywieniowe

Proszę zaznaczyć te stwierdzenia, które charakteryzują Państwa dziecko

- praktycznie je wszystko, nie ma specjalnych upodobań TAK NIE

- dziecko szczególnie lubi

.....

- potrawy których dziecko nie lubi i nie chce jeść

.....

.....

5. Emocje

Proszę zaznaczyć te stwierdzenia, które charakteryzują Państwa dziecko:

- jest płaczliwe TAK NIE

- jest radosne TAK NIE

- jest uparte TAK NIE

- jest nieśmiały TAK NIE

- lękliwe TAK NIE

jeśli tak, co najczęściej powoduje niepokój

.....

6. Inne ważne informacje, o których nauczyciel powinien wiedzieć, aby właściwie wspomagać harmonijny rozwój Państwa dziecka.

.....

.....

7. Czy dziecko uczęszczało wcześniej do przedszkola/żłobka? TAK NIE

.....
(data i podpis rodzica/prawnego opiekuna)

.....
(data i podpis ojca/prawnego opiekuna)