KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA

DO PRZEDSZKOLA

**active kids**

/*kartę wypełniają rodzice lub prawni opiekunowie/*

1. **Dane dotyczące dziecka**:

Imię i nazwisko dziecka ..................................................................................................................

Data urodzenia ................................................................................................................................

Miejsce urodzenia ...........................................................................................................................

Pesel ................................................................................................................................................

Adres zamieszkania dziecka ...........................................................................................................

..........................................................................................................................................................

Adres zameldowania dziecka ..........................................................................................................

..........................................................................................................................................................

1. **Dane dotyczące rodziców**

MAMA/ PRAWNA OPIEKUNKA:

Imię i nazwisko ...............................................................................................................................

Miejsce pracy:…………………………………………………………..........................................

Telefon kontaktowy:…………………………………………………………………....................

e-mail:………………………………………………………………………………......................

TATA/ PRAWNY OPIEKUN:

Imię i nazwisko ...............................................................................................................................

Miejsce pracy:………………………………………………………………………. ....................

Telefon kontaktowy:…………………………………………………………………....................

e-mail:…………………………………………………………………........................................

TELEFON AWARYJNY:

Dziadkowie/ sąsiedzi/ wujostwo: ....................................................................................................

1. **Informacje o stanie zdrowia dziecka:**

Wskazania bądź przeciwwskazania poradni specjalistycznych wydane w wyniku przeprowadzonych badań lub leczenia szpitalnego ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Potrzeby żywieniowe, diety, alergie pokarmowe: ..........................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

Czy dziecko na co dzień używa: aparatu słuchowego, okularów, wkładek ortopedycznych lub innych?

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. **Dodatkowe informacje o dziecku:**

Czy dziecko uczęszczało wcześniej do przedszkola:.......................................................................

Czy dziecko ma rodzeństwo (wiek i płeć) ......................................................................................

Czy dziecko śpi po obiedzie:............................................................................................................

Czy dziecko wymaga pomocy przy jedzeniu:..................................................................................

Czy dziecko zgłasza potrzeby fizjologiczne:...................................................................................

Czy dziecko ma chorobę lokomocyjną:...........................................................................................

Dodatkowe informacje , które mogą wpłynąć na funkcjonowanie dziecka w przedszkolu ..........................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Oświadczenie**

* 1. Oświadczam, że przedłożone informacje są zgodne ze stanem faktycznym oraz jednocześnie zobowiązuję się do informowania Dyrektora Przedszkola o każdorazowej zmianie powyższych danych.
  2. Zgodnie Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.) wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych zawartych w/w formularzu przez Przedszkole na potrzeby rekrutacji.

....................................................... ......................................................

Podpis matki / prawnego opiekuna podpis ojca / prawnego opiekuna