

KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO PRZEDSZKOLA

NIEPUBLICZNE, ARTYSTYCZNO-SPORTOWE

PRZEDSZKOLE

„U CIOCI AGATKI”

W TYMBARKU

34 – 650 Tymbark 326

Tel. 662 210 699

Proszę o przyjęcie dziecka do NIEPUBLICZNEGO PRZEDSZKOLA „U CIOCI AGATKI” w Tymbarku :

Imię i nazwisko dziecka:	
Data i miejsce urodzenia:	
Adres zamieszkania dziecka:	
PESEL dziecka:	

Dane dotyczące rodziców (opiekunów prawnych dziecka)

	Mama (opiekunka)	Tata (opiekun)
Imię i nazwisko:		
Adres zamieszkania:		
Numer dowodu osobistego:		
Telefon domowy:		
Telefon komórkowy:		
Adres e-mailowy		

Osoby upoważnione do odbioru dziecka z przedszkola:

1.		nr dowodu:
2.		nr dowodu:
3.		nr dowodu:
<i>Podpis Mamy (Opiekunki)</i>		<i>Podpis Taty (Opiekuna)</i>
.....	

Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystywanie w celach związanych z przyjęciem i pobytem w przedszkolu naszego dziecka, naszych danych osobowych oraz osób upoważnionych do jego odbioru, zgodnie z ustawą z o ochronie danych osobowych:

<i>Podpis Mamy (Opiekunki)</i>	<i>Podpis Taty (Opiekuna)</i>
.....

Wyrażam zgodę na zamieszczanie zdjęć z życia przedszkolnego dziecka na stronie internetowej

<i>Data i Podpis Mamy (Opiekunki)</i>	<i>Data i Podpis Taty (Opiekuna)</i>
.....

KARTA INFORMACYJNA DZIECKA

INFORMACJE OGÓLNE

1.	Czy dziecko uczęszczało do innego przedszkola?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2.	Czy dziecko śpi w ciągu dnia?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3.	Czy sygnalizuje potrzeby fizjologiczne?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4.	W jakich godzinach dziecko będzie przebywało w przedszkolu?		

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1.	Jakie choroby zakaźne dziecko przebyło?	<ul style="list-style-type: none"> • • • 	
2.	Czy dziecko jest pod opieką lekarza - specjalisty?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<i>Jeśli TAK, to jakie zalecenia specjalisty powinny być wypełniane również w przedszkolu?</i>			
3.	Czy dziecko jest alergikiem?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<i>Jeśli TAK, to na co (produkty spożywcze, inne) jest uczulone?</i>		<ul style="list-style-type: none"> • • • 	
4.	Czy dziecko przyjmuje jakieś leki?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5.	Czy są jakieś specjalne zalecenia związane z dietą?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<i>Jeśli TAK, to prosimy o komentarz:</i>			
<i>Inne, istotne informacje związane ze stanem zdrowia:</i>			

ZAJĘCIA DODATKOWE

Proszę o zaznaczenie zajęć, którymi są Państwo zainteresowani dla Waszego dziecka:

1.	Język angielski	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	6.	Rytmika/ taniec	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2.	Religia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	7.	Gimnastyka korekcyjna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3.	Zajęcia sportowe - piłka nożna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	8.	Warsztaty teatralne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4.	Zajęcia sportowe - jazda na nartach	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	9.	Warsztaty plastyczne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5.	Zajęcia sportowe - pływanie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	10.	Kółko turystyczno- krajoznawcze „Mały turysta”	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Inne propozycje:

--

<i>Data i Podpis Mamy (Opiekunki)</i>	<i>Data i Podpis Taty (Opiekuna)</i>
.....