



Formularz zgłoszenia dziecka do Placówki

Dane dziecka	
Imię i nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	
Adres zamieszkania <i>(ulica, nr domu, kod pocztowy, miasto)</i>	

Dane matki/ Opiekunki Prawnej	
Imię i nazwisko	
PESEL	
Numer dowodu osobistego	
Adres zamieszkania <i>(ulica, nr domu, kod pocztowy, miasto)</i>	
Adres e-mail	
Numer telefonu	
Miejsce pracy/miejsce pobierania nauki <i>(niepotrzebne skreślić)</i>	

Dane ojca/ Opiekuna Prawnego	
Imię i nazwisko	
PESEL	
Numer dowodu osobistego	
Adres zamieszkania <i>(ulica, nr domu, kod pocztowy, miasto)</i>	
Adres e-mail	
Numer telefonu	



Miejsce pracy/miejsce pobierania nauki (niepotrzebne skreślić)	
---	--

Godziny pobytu dziecka w żłobku (wpisać godziny, w jakich dziecko będzie przebywać w placówce):

Osoby uprawnione do odbioru dziecka (wymienić osoby, które oprócz rodziców są uprawnione do odbierania dziecka ze żłobka):

Imię i nazwisko

Kim jest osoba dla dziecka

Dokument tożsamości

Telefon kontaktowy

Imię i nazwisko

Kim jest osoba dla dziecka

Dokument tożsamości

Telefon kontaktowy

Imię i nazwisko

Kim jest osoba dla dziecka

Dokument tożsamości

Telefon kontaktowy

Imię i nazwisko

Kim jest osoba dla dziecka

Dokument tożsamości

Telefon kontaktowy



Dodatkowe informacje o dziecku

Choroby przewlekłe, wady rozwojowe, alergie pokarmowe, uczulenia itp.:

.....

.....

.....

Jakich potraw dziecko szczególnie nie lubi?

.....

.....

Jakie potrawy dziecko lubi?

.....

.....

Czy dziecko śpi w ciągu dnia? W jakich godzinach? Jak długo? Jakie ma przyzwyczajenia przy zasypianiu i czy używa smoczka?

.....

.....

.....

Czy dziecko uczęszczało już do żłobka (jak długo)?

.....

Czy dziecko potrafi samodzielnie:

- Jeść TAK/NIE
- Chodzić TAK/NIE
- Myć ręce TAK/NIE
- Ubrać się TAK/NIE

Czy dziecko potrafi w zrozumiały sposób porozumieć się z otoczeniem? TAK/NIE

Czy dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne? TAK/NIE

Czy dziecko jest jedynakiem czy ma rodzeństwo (w jakim wieku)?

.....



Czy są sytuacje lub rzeczy, których dziecko się boi?

TAK/NIE

Proszę opisać takie sytuacje:

.....
.....

Które z wymienionych zachowań charakteryzuje Państwa dziecko w złości:

Płacz, krzyk, rzucanie na ziemię, bicie, obrażanie, inne (jakie?)

.....
.....

Jaki jest najlepszy sposób postępowania z Państwa dzieckiem w trakcie napadu złości

.....
.....

Czy i na jakie choroby dziecko choruje najczęściej?

.....
.....

Jakie choroby zakaźne dziecko przebyło?

.....
.....

Liczba posiłków w ciągu dnia (proszę zaznaczyć, w jakiej postaci dziecko spożywa posiłki):

Śniadanie: TAK/NIE/CZASAMI

.....
.....

Obiad: TAK/NIE/CZASAMI

.....
.....

Podwieczorek: TAK/NIE/CZASAMI

.....
.....

Inne informacje, które chcielibyście Państwo przekazać:

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



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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis rodziców/prawnych opiekunów)

Informacje dotyczące ochrony danych osobowych

Informuję, że wszystkie zgłoszone przeze mnie informacje są zgodne z prawdą. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych przez właścicieli w celach związanych z przyjęciem i pobytem mojego dziecka w Klubie Malucha, zgodnie z *Ustawą o ochronie danych osobowych* (t.j. Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 ze zm.).