**KARTA ZAPISU DZIECKA NA DYŻUR WAKACYJNY OD 12 - 23 LIPCA 2021 R.**

 (Kartę należy wypełnić drukowanymi literami. W przypadku gdy pytanie wymaga udzielenia odpowiedzi, należy podkreślić odpowiednio TAK lub NIE).

|  |
| --- |
| **Proszę o przyjęcie mojego dziecka do przedszkola:**  |
| **Adres placówki: Publiczne Przedszkole Samorządowe w Słupi pod Kępnem ul. Szkolna 5, 63-648 Słupia pod Kępnem** |

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA** |

|  |
| --- |
| DANE OSOBOWE DZIECKA |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NAZWISKO |  | IMIĘ |  | DRUGIE IMIĘ |  |
| Data Urodzenia |  | Miejsce urodzenia  |  |

|  |
| --- |
| ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA |
| Województwo |  |
| Kod Pocztowy |  | Miejscowość |  |
| Ulica |  | Nr Domu |  |

|  |
| --- |
| ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA(wypełnić w przypadku, kiedy adres zameldowania jest inny od adresu zamieszkania) |
| Województwo |  |
| Kod Pocztowy |  | Miejscowość |  |
| Ulica |  | Nr Domu |  |

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** |

|  |
| --- |
| DANE OSOBOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ |
| NAZWISKO |  | IMIĘ |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ |
| Województwo |  |
| Kod Pocztowy |  | Miejscowość |  |
| Ulica |  | Nr Domu |  |
|  |  |  |  |
| ADRES ZAMELDOWANIA MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ(wypełnić w przypadku, kiedy adres zameldowania jest inny od adresu zamieszkania) |
| Województwo |  |
| Kod Pocztowy |  | Miejscowość |  |
| Ulica |  | Nr Domu |  |
|  |  |  |  |
| **TELEFONY KONTAKTOWE I POTWIERDZENIE MIEJSCA PRACY MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** |
| Dom: | Praca: adres i nr tel. | Tel. komórkowy: |

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** |

|  |
| --- |
| DANE OSOBOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO |
| NAZWISKO |  | IMIĘ |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO |
| Województwo |  |
| Kod Pocztowy |  | Miejscowość |  |
| Ulica |  | Nr Domu |  |

|  |
| --- |
| ADRES ZAMELDOWANIA OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO(wypełnić w przypadku, kiedy adres zameldowania jest inny od adresu zamieszkania) |
| Województwo |  |
| Kod Pocztowy |  | Miejscowość |  |
| Ulica |  | Nr Domu |  |

|  |
| --- |
| **TELEFONY KONTAKTOWE I POTWIERDZENIE MIEJSCA PRACY OJCA/OPIEKUNUNA PRAWNEGO** |
| Dom: | Praca: adres i tel.  | Tel. komórkowy: |

|  |
| --- |
| P**OBYT DZIECKA** |

|  |
| --- |
| POBYT DZIECKA W PZREDSZKOLU Proszę zakreślić odpowiednio TAK lub NIE |
| Pobyt ponad podstawę programową | Od godz. 6.45-7:45 | □ TAK | □ NIE |
| **Dzienny pobyt dziecka w zakresie podstawy programowej** | **Od godz. 7:45-12:45** | **□ TAK** | **□ NIE** |
| Dzienny pobyt dziecka w przedszkolu w zakresie przekraczającym realizację podstawy programowej  | Od godz. 12:45-13:45 | □ TAK | □ NIE |
| Od godz. 13:45-14:45 | □ TAK | □ NIE |
| Od godz. 14:45-15:45 | □ TAK | □ NIE |
|  | Od godz.15:45-16.15 | □ TAK | □ NIE |

|  |
| --- |
| **DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU / OŚWIADCZENIE RODZICÓW** |
| Dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego | □ TAK | □ NIE |
| Praca obojga rodziców odbywa się w systemie dziennym | □ TAK | □ NIE |
| Rodzina dziecka objęta jest nadzorem kuratorskim | □ TAK | □ NIE |
| Rodzina objęta jest wsparciem asystenta przez ośrodek pomocy społecznej | □ TAK | □ NIE |
| Dziecko posiada na dzień rekrutacji komplet szczepień ochronnych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 753) lub też zostało zwolnione z tego obowiązku z przyczyn zdrowotnych | □ TAK | □ NIE |
| Informacja o stanie zdrowia dziecka, która może mieć znaczenie podczas pobytu dziecka w przedszkolu np. stałe choroby, wady, alergie itp. |

……………………… ...……………………………… …………..………………..…………

 *data podpis matki/opiekunki prawnej podpis ojca/opiekuna prawnego*

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej Karcie zapisu dziecka do przedszkole dla potrzeb niezbędnych w procesie rekrutacji dziecka do przedszkola, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (DZ.U. z 2002r. Nr. 101, poz 926 z póź. Zm.)*

 ...……………………………… …………..………………..…………

 *podpis matki/opiekunki prawnej podpis ojca/opiekuna prawnego*