**KARTA ZAPISU DZIECKA NA DYŻUR WAKACYJNY**

**OD 01-12.08.2022r.**

(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 Mroczeniu  Mroczeń 195 a, 63-604 Baranów** |

|  |
| --- |
| **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. 6.30-8:00 | □ TAK | □ NIE |
| Od godz. 7.00-8:00 | □ TAK | □ NIE |
|  | Od godz. 7.30-8:00 | □ TAK | □ NIE |
| **Dzienny pobyt dziecka w zakresie podstawy programowej** | **Od godz. 8:00-13:00** | **□ TAK** | **□ NIE** |
| Dzienny pobyt dziecka w przedszkolu w zakresie przekraczającym realizację podstawy programowej | Od godz. 13:00-14:00 | □ TAK | □ NIE |
| Od godz. 14:00-15:00 | □ TAK | □ NIE |
| Od godz. 15:00-15:30 | □ 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*