

**IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA****GRUPA****DANE URODZENIA DZIECKA****PESEL**

dzień-miesiąc-rok

____ - ____ - ____

DANE TELEADRESOWE:

IMIĘ I NAZWISKO MATKI

IMIĘ I NAZWISKO OJCA

ADRES ZAMIESZKANIA

ul.

nr domu

nr mieszkania

kod pocztowy

miejscowość

gmina

ADRES ZAMELDOWANIA

ul.

JEŚLI INNY, NIŻ ADRES
ZAMIESZKANIA

nr domu

nr mieszkania

kod pocztowy

miejscowość

gmina

Telefony komórkowe

| | Matka | Ojciec |
|---------------------------|-------|--------|
| Prywatny | | |
| Służbowy (opcjonalnie) | | |

Poczta elektroniczna

| | Matka | Ojciec |
|----------------------------------|-------|--------|
| e-mail prywatny | | |
| e-mail służbowy (opcjonalnie) | | |

Szkoła rejonowa do której należy dziecko (dotyczy grup sześciolatków)

OSOBY UPOWAŻNIONE DO ODBIORU DZIECKA Z PLACÓWKI

| Imię i nazwisko oraz nr dowodu os. i stopień pokrewieństwa | Telefon kontaktowy |
|--|--------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ŚWIETLICA POPOŁUDNIOWA (po skończonych zajęciach)

- Przewidujemy, że dziecko będzie korzystało ze świetlicy
- Przewidujemy, że dziecko nie będzie korzystało ze świetlicy

UDZIAŁ DZIECKA W WYJŚCIACH ORAZ WYCIECZKACH

- Wyrażamy zgodę Nie wyrażamy zgody

O harmonogramie wyjść i wycieczek rodzice są informowani przez wychowawcę grupy. rodzice mają prawo odwołać swoją zgodę na poszczególne wyjście lub wycieczkę.

imię i nazwisko rodzica/opiekuna_____
imię i nazwisko rodzica/opiekuna_____
data wypełnienia

UWAGA! W przypadku zmiany danych Rodzice są zobowiązani do niezwłocznego przekazania aktualnych danych do sekretariatu pisemnie lub e -mailem.



Drodzy Rodzice,

Uprzejmie prosimy o wypełnienie deklaracji. Opinia logopedy bardzo pomaga Państwu i nauczycielom w skuteczniejszej pracy dydaktyczno – wychowawczej. Logopeda przebadane każde dziecko i zdiagnozuje występowanie ewentualnych problemów logopedycznych. W przypadku wystąpienia nieprawidłowości w rozwoju mowy, logopeda podczas konsultacji z rodzicami, opiekunem lub wychowawcą wskaże właściwą dla danego dziecka formę pomocy. Opinia psychologa/terapeuty bardzo pomaga Państwu i nauczycielom w skuteczniejszej pracy dydaktyczno – wychowawczej. Psycholog/terapeuta przebadane dzieci, u których opiekun lub wychowawca zauważył trudności w uczeniu się lub zachowaniu. Zasugeruje też, w jaki sposób należy pracować z dzieckiem, by przynosiło to najlepsze i najszybsze efekty. Wyniki badań będą przekazywane tutorowi.

OPIEKA LOGOPEDYCZNA

Wyrażamy zgodę Nie wyrażamy zgody

INFORMACJE DODATKOWE

- Dziecko nie było w przeszłości objęte opieką logopedy
- Dziecko było w przeszłości objęte opieką logopedy
- Dziecko jest obecnie objęte opieką logopedy

OPIEKA PSYCHOLOGICZNO-TERAPEUTYCZNA

Wyrażamy zgodę Nie wyrażamy zgody

INFORMACJE DODATKOWE

- Dziecko nie było w przeszłości objęte opieką psychologa/terapeuty
- Dziecko było w przeszłości objęte opieką psychologa/terapeuty
- Dziecko jest obecnie objęte opieką psychologa/terapeuty

Dodatkowe informacje o dziecku:

OBJĘCIE DZIECKA OPIEKĄ ZDROWOTNĄ PRZEZ LEKARZA, PIELEŃNIARKE, HIGIENISTKĘ SZKOLNĄ

Wyrażamy zgodę Nie wyrażamy zgody

INFORMACJE DODATKOWE

Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe? (Jakie?)

Czy dziecko przyjmuje na stałe lub okresowo leki? (Jakie?)

Czy dziecko jest uczulone na jakieś leki? (Jakie?)

Czy dziecko pozostaje na diecie? (Jeżeli tak, proszę podać na jakiej lub czego nie może jeść)

DEKLARACJA RODZICA

Zobowiązuję się przyprowadzać do przedszkola wyłącznie dziecko zdrowe. W razie wprowadzenia obostrzeń sanitarnych, dotyczących zagrożenia epidemiologicznego COVID-19 będę przestrzegać obowiązujących w przedszkolu instrukcji. Mam świadomość, że mimo zachowania przez placówkę procedur bezpieczeństwa, występuje ryzyko zakażenia mojego dziecka.

imię i nazwisko rodzica/opiekuna

imię i nazwisko rodzica/opiekuna

data wypełnienia

strona 2 z 2