

**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)

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. 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/pedagoga specjalnego bardzo pomaga Państwu i nauczycielom w skuteczniejszej pracy dydaktyczno – wychowawczej. Psycholog/terapeuta przebadła 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 PEDAGOGA SPECJALNEGO

- Wyrażamy zgodę Nie wyrażamy zgody

INFORMACJE DODATKOWE

- Dziecko nie było w przeszłości objęte opieką pedagoga specjalnego
 Dziecko było w przeszłości objęte opieką pedagoga specjalnego
 Dziecko jest obecnie objęte opieką pedagoga specjalnego

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, PIELĘGNIARKĘ, HIGIENISTKĘ SZKOLNĄ

- Wyrażamy zgodę

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)

imię i nazwisko rodzica/opiekuna

imię i nazwisko rodzica/opiekuna

data wypełnienia