

Data:

KARTA DZIECKA

.....
(imiona i nazwisko dziecka)

ur. w dniu w, nr PESEL

Adres zamieszkania dziecka:

.....
(kod, miejscowość, ulica, numer domu, numer lokalu)

Adres zameldowania dziecka (jeśli jest inny, niż zamieszkania):

.....
(kod, miejscowość, ulica, numer domu, numer lokalu)

Pozostałe informacje:

| Matka | Ojciec |
|------------------------------|------------------------------|
| Imię i nazwisko: | Imię i nazwisko: |
| Adres zamieszkania: | Adres zamieszkania: |
| Adres zameldowania: | Adres zameldowania: |
| Numer dowodu osobistego | Numer dowodu osobistego |
| PESEL: | PESEL: |
| Zawód wykonywany: | Zawód wykonywany: |
| Nazwa i adres zakładu pracy: | Nazwa i adres zakładu pracy: |
| Telefon do domu: | Telefon do domu: |
| Telefon do pracy: | Telefon do pracy: |
| Telefon komórkowy: | Telefon komórkowy: |
| e-mail: | e-mail: |

Okres okołoporodowy: (skala Apgar, waga urodzeniowa, przebieg kalendarza szczepień)

Skala Apgar

Waga urodzeniowa/wzrost

Dane na temat dziecka:

| | | |
|----------------------------|------------------|--------|
| Czy dziecko jest uczulone? | TAK / NIE | Na co? |
|----------------------------|------------------|--------|

| | | |
|-------------------------------|------------------|---------------------|
| Czy dziecko śpi w ciągu dnia? | TAK / NIE | W jakich godzinach: |
|-------------------------------|------------------|---------------------|

| | | |
|------------------------------|------------------|--|
| Czy dziecko jest leworęczne? | TAK / NIE | |
|------------------------------|------------------|--|

| | | |
|----------------------------|------------------|----------------------|
| Czy dziecko często choruje | TAK / NIE | Najczęstsze choroby: |
|----------------------------|------------------|----------------------|

Przebyte choroby zakaźne

| | | |
|--|------------------|-------|
| Czy dziecko miało wypadek/ki? Ew. jakie | TAK / NIE | Jaki? |
|--|------------------|-------|

| | | |
|--|------------------|--|
| Czy dziecko posiada opinię z Poradni Pedagogiczno – Psychologicznej | TAK / NIE | |
|--|------------------|--|

| | | |
|--|------------------|--|
| Czy dziecko informuje o potrzebach fizjologicznych? | TAK / NIE | |
|--|------------------|--|

| | | |
|------------|------------------|--|
| Rodzeństwo | TAK / NIE | Informacje o rodzeństwie (liczba, wiek): |
|------------|------------------|--|

Dodatkowe informacje o dziecku i rodzinie mogące wpłynąć na funkcjonowanie dziecka w przedszkolu (stan zdrowia, ewentualne potrzeby specjalne itp.)

Osoby upoważnione do odbioru dziecka:

Imię i nazwisko:

Nr dokumentu:

Imię i nazwisko:

Nr dokumentu:

Imię i nazwisko:

Nr dokumentu:

Imię i nazwisko:

Nr dokumentu:

Imię i nazwisko:

Nr dokumentu:

Załączniki:

- kserokopia aktu urodzenia
- kserokopia karty szczepień

Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystanie w celach związanych z przyjęciem i pobytem w przedszkolu naszego dziecka, danych osobowych naszych i dziecka oraz upoważnionych do odbioru dziecka osób, przez Dyrektorów Przedszkola zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

Podpis Rodzica/Opiekuna:.....