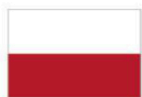




Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



KARTA ZGŁOSZENIA DO ŻŁOBKA

Dziękujemy za staranne wypełnienie tej karty

DZIECKO

Nazwisko:

Imię:

Urodzony(a):

Adres :

PESEL :

Nr i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku jeżeli dziecku nie nadano nr PESEL)

.Rodzeństwo dziecka (imiona,nazwiska,daty urodzin)

.....

.....

.....

RODZINA DZIECKA

Matka

Imię, nazwisko

Zawód.....

Miejsce pracy

PESEL.....

Seria i nr dowodu potwierdzającego tożsamość.....

Nr telefonu.....

Adres e-mail.....

Ojciec

Imię, nazwisko

Zawód.....

Miejsce pracy

PESEL.....

Seria i nr dowodu potwierdzającego tożsamość.....

Nr telefonu.....

Adres e-mail.....

Osoby upoważnione do odbioru dziecka

(inne osoby, które nie są rodzicami, prawnymi opiekunami)

1.

Imię i nazwisko.....

Kim jest (opiekunka,babcia etc.):

Adres : Tel. :

2.

Imię i nazwisko.....

Kim jest (opiekunka,babcia etc.):

Adres : Tel. :

UPOWAŻNIENIE DO DZIAŁANIA W NAGŁYCH WYPADKACH

W nagłym wypadku, dziecko chore lub po wypadku będzie przewiezione przez pogotowie ratunkowe do szpitala, a jeżeli stan zdrowia na to pozwoli poczeka na osobę upoważnioną do odebrania go z placówki.

Jeżeli życzycie sobie Państwo, by dziecko zostało odwiezione do wskazanego przez Was szpitala prosimy podać jego nazwę i adres poniżej:

.....
.....
.....

Postępowanie w razie wypadku:

Wyrażam zgodę na to, by ekipa pedagogiczna podjęła ewentualne działania, w wypadku zagrożenia stanu zdrowia mojego dziecka: wezwanie lekarza, pogotowia ratunkowego, odwiezienie do szpitala

TAK / NIE

Narkoza i operacja chirurgiczna:

Wyrażam zgodę na operację chirurgiczną w wypadku zagrożenia stanu zdrowia mojego dziecka

TAK / NIE

.....

Podpis Rodzica lub osoby upoważnionej

KARTA ZDROWIA DZIECKA

Świadczenia medyczne

Lekarz rodzinny/pediatra

Nazwisko i Imię :

Nazwa, adres i tel. przychodni:

.....
.....
.....

Informacje o stanie zdrowia dziecka

Czy dziecko jest na coś leczone :

.....

Przebyte choroby zakaźne :

.....

Szczepienia obowiązkowe:

.....

Alergie :

.....

Prosimy o podanie rodzaju posiłków, których dziecko nie może spożywać z przyczyn np. alergicznych :

.....

.....

.....

Czy dziecku podawane są jakieś leki w ciągu dnia :

TAK / NIE

Jeśli tak to jakie i jak należy je podawać:

.....

.....

Prosimy o podanie dodatkowych istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia dziecka:

.....
Placówka nie świadczy usług medycznych z wyjątkiem zajęć logopedycznych i
porady / obserwacji psychologa jeśli jest taka potrzeba.

.....
Podpis Rodzica lub osoby upoważnionej

5