



Niepubliczny Żłobek i Przedszkole Językowo – Artystyczne GALILEO

Organ prowadzący:
Stowarzyszenie Kastor – Inicjatywa dla Rozwoju
ul. Powstańców 9, 05-240 Tłuszcz
tel. 608-179-795, fax 29 642 40 46
www.przedszkole-galileo.pl

KARTA ZGŁOSZENIOWA DZIECKA

DANE OSOBOWE DZIECKA

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| imiona i nazwisko dziecka: | | | | | | | | | | | |
| PESEL: | | | | | | | | | | | |
| data i miejsce urodzenia: | | | | | | | | | | | |
| wiek dziecka: | | | | | | | | | | | |
| adres zamieszkania: | | | | | | | | | | | |
| adres zameldowania: | | | | | | | | | | | |

INFORMACJE O RODZINIE

Dane dotyczące Rodziców/Opiekunów

| | MAMA /OPIEKUN PRAWNY | TATA /OPIEKUN PRAWNY |
|--------------------|-------------------------|-------------------------|
| imiona i nazwisko | | |
| telefon kontaktowy | | |
| e-mail | | |
| adres zamieszkania | | |
| adres zameldowania | | |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, zawartych w Karcie zgłoszeniowej do celów związanych z edukacyjną, organizacyjną i sprawozdawczą działalnością Placówki – zgodnie z zasadami RODO dostępnymi na tablicy ogłoszeń w Placówce, które niniejszym akceptuję

1. (czytelny podpis Mamy/Opiekunki Prawnej)
2. (czytelny podpis Taty/Opiekuna Prawnego)

POZNAJMY SIĘ LEPIEJ - INFORMACJE O ZDROWIU I UPODOBANIACH DZIECKA

.....

(imię i nazwisko dziecka)

1. Czy u dziecka występują schorzenia mające wpływ na jego aktywność, np. alergie, wada słuchu, wzroku, przebyte poważne choroby? Jeśli tak, to jakie?

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

2. Czy są potrawy i produkty, których dziecko nie powinno spożywać / albo zalecane przez lekarza diety?

.....
.....

3. Czy są potrawy i produkty, których dziecko szczególnie nie lubi?

.....
.....

4. Czy dziecko uczęszczało już do żłobka/przedszkola/inne zajęcia dodatkowe?

(niepotrzebne skreślić) TAK / NIE

PAŃSTWA UWAGI:

.....
.....

5. Czy dziecko ma rodzeństwo? Jeśli tak, to w jakim wieku?

.....
.....

6. Jakie są ulubione zabawki i zabawy dziecka?

.....
.....

7. Czy dziecko śpi w ciągu dnia? Czy życzycie sobie Państwo by spało w Przedszkolu?

.....
.....

8. Jaki charakter i zainteresowania ma Państwa dziecko? (Proszę podkreślić wybrane określenia)

spokojne, wrażliwe, absorbujące, ruchliwe, ma dobrą pamięć, lubi rysować, bywa agresywne, ma konkretne zainteresowania -, mówi niewyraźnie, ma bujną wyobraźnię, jest niejadkiem, dobrze czuje się w grupie rówieśników, wykazuje konkretne uzdolnienia -, jest płacziwe, preferuje zabawę z dziećmi starszymi/młodszyymi, lubi słuchać muzyki, jest nieśmiałe

INNE CECHY: (prosimy wpisać)

.....
.....

9. Jakie są Państwa oczekiwania względem nauczycielek?

.....
.....

10. Czy dziecko samodzielnie wykonuje czynności samoobsługowe (mycie rąk, korzystanie z ubikacji, jedzenie, ubieranie się)? Przy wykonywaniu których czynności dziecko potrzebuje pomocy (prosimy wpisać):

.....
.....
11. Inne ważne informacje i uwagi, które chcecie Państwo przekazać kadrze:

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

12. Informacja orientacyjna - dziecko będzie przyprowadzane do przedszkola ok. godziny

..... , odbierane będzie ok godziny

OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA:

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO:

- Zapoznania się z regulaminem placówki, statutem oraz przestrzegania ich postanowień;
- Podawania do wiadomości placówki wszelkich zmian w stosunku do podanych wyżej informacji
- Przyprowadzania do placówki jedynie dziecka zdrowego
- Przyprowadzania i odbierania dziecka z placówki osobiście lub przez inną osobę dorosłą do tego pisemnie upoważnioną
- W miarę możliwości - uczestniczenia w zebraniach
- Do regularnego i terminowego dokonywania opłat związanych z korzystaniem przez moje dziecko z placówki.

.....

Data

.....

Czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego

Zgoda na publikację wizerunku

- Wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć mojego dziecka na stronie internetowej GALILEO:

TAK / NIE *(prosimy podkreślić wybraną odpowiedź)*

- Wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć mojego dziecka na stronie GALILEO w serwisie społecznościowym facebook.com:

TAK / NIE *(prosimy podkreślić wybraną odpowiedź)*

- Wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć mojego dziecka w materiałach i artykułach przedstawiających i promujących działalność GALILEO:

TAK / NIE *(prosimy podkreślić wybraną odpowiedź)*

Jeśli Państwo nie wyrażają zgody na publikację wizerunku dziecka, wtedy w przypadku zdjęć grupowych dziecko będzie miało twarz zastąpioną w programie graficznym

.....

(Data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

UPOWAŻNIENIE INNYCH OSÓB DO PRZYPROWADZANIA I ODBIORU DZIECKA Z PLACÓWKI

(upoważnić można wyłącznie osoby pełnoletnie)

Do odbioru mojego dziecka upoważniam następujące osoby:

| L.p. | Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa osoby upoważnionej | Seria i nr dowodu osobistego |
|-------------|--|-------------------------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo odebranego dziecka od momentu jego odbioru przez wskazaną powyżej, upoważnioną przeze mnie osobę.

Zobowiązuję się do przekazania osobom upoważnionym do odbioru dziecka z placówki że ich dane :
Imię, Nazwisko, nr i seria dowodu osobistego, stopień pokrewieństwa będą przetwarzane tylko i
wyłącznie w celu weryfikacji do odbioru dziecka z placówki. Szczegółowa klauzula informacyjna RODO
dla osób odbierających dziecko znajduje się do wglądu w placówce

Tłuszcz, dn.

podpis rodzica lub prawnego opiekuna

Upoważnienie do działania w nagłych wypadkach

Postępowanie w razie wypadku:

Przyjmuję do wiadomości, że w wypadku zagrożenia stanu zdrowia mojego
dziecka, pracownicy placówki podejmą działania typu: wezwanie lekarza,
pogotowia ratunkowego, odwiezienie dziecka prywatnym samochodem do
przychodni/szpitala. Pracownik placówki zostaje wówczas z dzieckiem w
przychodni/szpitalu do czasu dotarcia na miejsce Rodzica.

.....

(podpis rodzica lub prawnego opiekuna)