Przemyśl , dn………………….

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA DZIECKA DO ŻŁOBKA PROWADZONEGO PRZEZ SPÓLDZIELNIĘ SOCJALNĄ OSTOJA W PRZEMYŚLU**

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE DZIECKA** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PESEL\*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IMIONA\*** |  | **NAZWISKO\*** |  |
| **DATA URODZENIA\*** |  | **MIEJSCE URODZENIA** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **WOJEWÓDZCTWO\*** |  | **POWIAT\*** |  |
| **GMINA\*** |  | **MIEJSCOWOŚĆ\*** |  |
| **ULICA\*** |  | **NR. DOMU\*** |  |
| **NR. MIESZKANIA\*** |  | **KOD POCZTOWY\*** |  |
| Dodatkowe informacje o dziecku: |
| Dziecko będzie uczęszczać do żłobka od dnia: |  |
| Rodzeństwo: |  |
| Godziny przebywania dziecka w żłobku |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Opiekun (niepotrzebne skreślić) | Jestem rodzicem | Jest opiekunem prawnym | Nie udzielił informacji | Nie żyje | Nieznany |
|  **Imiona\*** |  | **Nazwisko\*** |  |
| **Numer dowodu osobistego** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA MATKI/ OPIEKUNKI PRAWNEJ** |
| **Województwo\*** |  | Powiat\* |  |
| Gmina\* |  | Miejscowość\* |  |
| Ulica\* |  | NR domu\*/Nr mieszkania |  |
| Kod pocztowy\* |  |  |
| **DANE KONTAKTOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** |
| Telefon dom/komórka/służbowy\* |  |
| Adres e-mail\*\* |  |

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** |
| Opiekun (niepotrzebne skreślić) | Jestem rodzicem | Jest opiekunem prawnym | Nie udzielił informacji | Nie żyje | Nieznany |
|  **Imiona\*** |  | **Nazwisko\*** |  |
| **Numer dowodu osobistego** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA OJCA / OPIEKUNA PRAWNEGO** |
| **Województwo\*** |  | Powiat\* |  |
| Gmina\* |  | Miejscowość\* |  |
| Ulica\* |  | NR domu\*/Nr mieszkania |  |
| Kod pocztowy\* |  |  |
| **DANE KONTAKTOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** |
| Telefon dom/komórka/służbowy\* |  |
| Adres e-mail\*\* |  |

\*Oznaczone pola wymagane

|  |
| --- |
| **KONTAKT W NAGŁYCH WYPADKACH (inny niż Matki i Ojca/ Opiekuna** |
| **Imiona i Nazwisko** |  |
| **Stopień pokrewieństwa** |  |
| **Telefon Kontaktowy** |  |

|  |
| --- |
| **MIEJSCE PRACY RODZICÓW/ OPIEKUNÓW** |
| Matki: | Ojca: |

**PRZEBYTE CHOROBY (Tak/Nie)**

świnka ...................... ospa ..................... szkarlatyna…………………..różyczka……………………………wirusowe zapalenie wątroby………….............. gruźlica ........................... trzydniówka ..........................

inne zakaźne; jakie: ....................................................................................................................................................................................................................................................................................

inne choroby; jakie: .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

uczulenia; jakie: .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

czy dziecko przyjmuje przewlekle leki; jakie: .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 **INFORMACJE O DZIECKU**

Proszę zaznaczyć te stwierdzenia, które najbardziej charakteryzują Państwa dziecko.

**SAMODZIELNOŚĆ**

□ Potrafi samo się ubrać.

□ Ubiera się z niewielką pomocą osób dorosłych.

□ Wymaga pomocy przy ubieraniu.

□ Samo radzi sobie z jedzeniem.

□ Trzeba je karmić.

□ Pamięta o potrzebach fizjologicznych i radzi sobie samo.

□ Zgłasza swoje potrzeby, ale wymaga pomocy przy korzystaniu z toalety.

□ Trzeba je pilnować, bo zapomina o zgłaszaniu potrzeb fizjologicznych.

□ Nie korzysta z toalety, nosi pieluszki jednorazowe.

□ Inne uwagi dotyczące dziecka: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**JEDZENIE**

□ Praktycznie je wszystko, nie ma specjalnych upodobań.

□ Je wiele potraw, ale nie lubi i nie chce jeść:

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

□ Jest po prostu niejadkiem.

□ Dziecko ma specjalne potrzeby związane z żywieniem; jakie: ............................................................................................................................................

□ Jest alergikiem uczulonym na:...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**SPANIE**

□ Jest przyzwyczajony do spania w dzień; godziny snu: ......................................................................................................................................................................................................................................................................................

□ Ważne uwagi dotyczące snu oraz sposobu zasypiania: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

□ Nie sypia w dzień

**Oświadczenia dotyczące treści zgłoszenia i ochrony danych osobowych.**

Oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby żłobka Kraina Maluszka w Przemyślu.

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

(podpis matki lub opiekuna prawnego)                         (podpis ojca lub opiekuna prawnego)

 **Oświadczenie dotyczące opieki pielęgniarskiej**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na opiekę pielęgniarską dla mojego dziecka

\*niewłaściwe skreślić

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

(podpis matki lub opiekuna prawnego)                         (podpis ojca lub opiekuna prawnego)