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)