

Karta Deklaracji dla dziecka kontynuującego pobyt w przedszkolu

Data przyjęcia karty zgłoszenia: dzień - miesiąc - rok																						
Zgłaszam chęć kontynuacji pobytu dziecka w Przedszkolu Samorządowym nr 1 w Dobrym Mieście w roku szkolnym 2020/2021																							
Dane osobowe dziecka																							
Nazwisko		Imię/ imiona																					
Data i miejsce urodzenia		PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																				
Adres zamieszkania		Adres zameldowania (jeżeli jest inny)																					
Dane rodziców/opiekunów																							
Dane	matki/opiekunki*	ojca/opiekuna*																					
Imię / imiona																							
Nazwisko/ nazwiska																							
Adres zamieszkania																							
Adres zameldowania (tylko gdy jest inny niż zamieszkania))																							
Telefon kontaktowy																							
email																							
Miejsce pracy (dokładny adres)																							
Informacje dotyczące dziecka																							
	Tak*	Nie*																					
Czy jest orzeczenie, opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej																							
Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności																							
Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej: (proszę zaznaczyć przez podkreślenie) neurologicznej, endokrynologicznej, ortopedycznej, okulistycznej, kardiologicznej, alergologicznej, ortodontycznej, innej.																							
Rodzaj dysfunkcji/niepełnosprawności (np. autyzm, upośledzenie umysłowe, inne):																							
Godziny pobytu dziecka w przedszkolu	od:	do:	łącznie: godz.																				

Informacje dodatkowe:

1. Jestem/nie jestem rodzicem (opiekunem) samotnie wychowującym dziecko*
2. Dodatkowe informacje o dziecku i rodzinie mogące wpłynąć na funkcjonowanie dziecka w przedszkolu (np. stan zdrowia, ewentualne potrzeby, inne)

--

DEKLARACJE , ZOBOWIĄZANIA RODZICÓW

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w wycieczkach organizowanych w przedszkolu.	Tak*	Nie*
Wyrażam zgodę na zamieszczanie zdjęć mojego dziecka na stronie internetowej przedszkola	Tak*	Nie*
Wyrażam zgodę na kontrolę stanu higienicznego mojego dziecka.	Tak*	Nie*
Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r.o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133,poz.883 z póź. zm.) wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do pracy przedszkola i zachowania bezpieczeństwa mojego dziecka.	Tak*	Nie*

Zobowiązuję się do:

- Przestrzegania postanowień statutu Przedszkola
- Regularnego uiszczania wymaganych opłat ustalonych przez Gminę Dobre Miasto w wyznaczonym terminie.
- Uczestniczenia w zebraniach rodziców
- Przyprawadzania i odbierania dziecka z przedszkola osobiście lub przez osobę **pełnoletnią**, zgłoszoną powyżej, zapewniającą dziecku bezpieczeństwo
- Zobowiązuje się do niezwłocznego informowania przedszkola na piśmie o zmianach danych osobowych, danych adresowych.
- Zobowiązuje się również do pisemnego poinformowania przedszkola, z miesięcznym wyprzedzeniem o rezygnacji z miejsca w przedszkolu oraz o wszelkich zmianach dotyczących ilości godzin pobytu dziecka w przedszkolu.
- Zobowiązuję się do przyprawadzania do przedszkola dziecka zdrowego.

Oświadczam, że informacje przedstawione w niniejszej karcie zgłoszenia są zgodne ze stanem faktycznym.

..... data opiekunów czytelny podpis rodziców/
-------------------------------------	---

*niepotrzebne skreślić