



Karta zgłoszenia dziecka

Stumilowy Las - Sensoryczny Klub Dziecięcy

Informacje o dziecku

1. Imię/imiona i nazwisko:

.....

2. Data i miejsce urodzenia:

.....

3. PESEL dziecka:

.....

4. Adres zamieszkania z kodem pocztowym:

.....

.....

Informacje o rodzinie

Dane dotyczące rodziców/opiekunów prawnych:

Matka /Opiekun.....

nr dowodu osobistego matki dziecka:.....

Ojciec /Opiekun.....

nr dowodu osobistego ojca dziecka.....

telefony kontaktowe:

Matka dziecka:

Ojciec dziecka:

Email.....



Inne informacje o dziecku (alergie- zaświadczenie lekarskie, przyjmowane leki, choroby przewlekłe)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nawyki i przyzwyczajenia dziecka:

.....

.....

.....

.....

.....

Dane na temat zdrowia dziecka

Dziecko nie choruje / choruje* przewlekłe na:

.....

Jest pod stałą opieką poradni:

Szczepienia wg kalendarza szczepień: TAK / NIE*

Dodatkowo dziecko zaszczepione na:

Nie ma / ma przeciwwskazania do uczęszczania do żłobka, lubiku dziecięcego.

*podkreślić prawidłową odpowiedź



DEKLARACJA RODZICA LUB INNEJ OSOBY SPRAWUJĄCEJ OPIEKĘ NAD DZIECKIEM:

Zostałam / zostałem poinformowany, że podczas pobytu dziecka w Stumilowy Las – Sensoryczny Klub Dziecięcy, bez zalecenia lekarza nie mogą być podawane żadne leki.

Wyrażam zgodę na dokonywanie czynności pielęgnacyjnych przy moim dziecku oraz wyrażanie czułości poprzez przytulanie, głaskanie, tulenie do snu.

Następujące osoby pełnoletnie upoważniam do odbioru mojego dziecka z placówki:

-
-
-
-

Opiekun ma prawo do wylegitymowania osoby uprawnionej do odbioru dziecka.

Udostępnione dane osobowe podlegają ochronie i będą wykorzystywane przez placówkę w zakresie niezbędnym do jego funkcjonowania. Przetwarzanie danych odbywać się będzie zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 833 z późn. zm.).

Oświadczam, że dane w niniejszej karcie są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy. Zobowiązuję się do informowania dyrektora placówki o każdorazowej zmianie powyższych danych. Zostałam/em pouczone/a/y o prawie wglądu do moich danych oraz ich zmiany. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w niniejszej karcie.

Data
Czytelny podpis
Matki/opiekuna prawnego

Data
Czytelny podpis
Ojca/opiekuna prawnego