

KARTA INFORMACYJNA DZIECKA

ANKIETA

1. DANE DZIECKA:	
Nazwisko:	
Imię:	
Urodzony/a:	
PESEL:	
Adres zamieszkania:	
2. RODZICE DZIECKA	<i>Ilekroć jest mowa o rodzicach rozumie się przez to także opiekunów prawnych oraz inne osoby, którym sąd powierzył sprawowanie opieki nad dzieckiem</i>
OJCIEC	
Imię i nazwisko:	
PESEL:	
Adres e-mail:	
Adres zamieszkania:	
Miejsce pobierania nauki w szkole / szkole wyższej:	
Miejsce pracy:	
MATKA	
Imię i nazwisko:	
PESEL:	
Adres e-mail:	
Adres zamieszkania:	
Miejsce pobierania nauki w szkole / szkole wyższej:	
Miejsce pracy:	

BRACIA / SIOSTRY DZIECKA:		
1.	Imię i nazwisko dziecka:	
	Rok urodzenia:	
2.	Imię i nazwisko dziecka:	
	Rok urodzenia:	
3.	Imię i nazwisko dziecka:	
	Rok urodzenia:	
4.	Imię i nazwisko dziecka:	
	Rok urodzenia:	
5.	Imię i nazwisko dziecka:	
	Rok urodzenia:	

3. TELEFONY KONTAKTOWE W NAGŁYCH PRZYPADKACH:	<i>W wyjątkowych przypadkach Leśny Skrzat – Przedszkole+ zawiadamia rodzinę korzystając z numerów telefonów podanych przez Państwa w tym dokumencie. W razie ich zmiany prosimy o niezwłoczne powiadomienie o tym pracowników Przedszkola+.</i>	
	Telefon domowy:	
	Tel. komórkowy matki:	
	Tel. komórkowy ojca:	

4. DODATKOWE OSOBY UPOWAŻNIONE DO ODBIORU DZIECKA:		
1. Osoba upoważniona		
	Imię i nazwisko:	
	Nr dowodu osobistego:	
	Kim jest (babcia, opiekunka):	
	Adres zamieszkania:	
	Telefon kontaktowy:	
2. Osoba upoważniona		
	Imię i nazwisko:	
	Nr dowodu osobistego:	
	Kim jest (babcia, opiekunka):	
	Adres zamieszkania:	
	Telefon kontaktowy:	
3. Osoba upoważniona do działania w nagłych wypadkach – lekarz rodzinny, pediatra:		
	Imię i nazwisko:	
	Telefon kontaktowy:	
	Adres przychodni:	

UPOWAŻNIENIE

W nagłym wypadku, dziecko chore lub po wypadku będzie przewiezione przez pogotowie ratunkowe do szpitala, a jeżeli stan zdrowia na to pozwoli, poczeka na osobę upoważnioną do odebrania go z Przedszkola+.

Jeśli życzą sobie Państwo, by dziecko zostało odwiezione do wskazanego przez Was szpitala, prosimy podać jego nazwę i adres:

Nazwa szpitala:

Adres szpitala:

POSTĘPOWANIE W RAZIE WYPADKU:

Proszę zaznaczyć odpowiednią odpowiedź

Wyrażam zgodę na to, aby personel opiekujący się dzieckiem podjął ewentualne działania w przypadku zagrożenia stanu zdrowia mojego dziecka:

Wezwanie lekarza.	TAK	NIE
Wezwanie pogotowia ratunkowego.	TAK	NIE

5. DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU:

Proszę zaznaczyć odpowiednie stwierdzenia, które pasują do Państwa Dziecka:

A. JEDZENIE:

Je wszystko (większość potraw).	TAK	NIE
Jest niejadkiem.	TAK	NIE
Uwielbia jeść.	TAK	NIE
Bez względu na ochotę dziecka należy je „nakarmić”.	TAK	NIE
Jeżeli nie chce jeść, nie zmuszam jej/jego do jedzenia.	TAK	NIE
Bardzo dużo pije.	TAK	NIE
Bardzo mało pije.	TAK	NIE
Moje Dziecko nie lubi następujących potraw:		

Moje Dziecko najbardziej lubi jeść:

B. ZDROWIE:			
Czy Dziecko urodziło się zdrowe?		TAK	NIE
Czy Dziecko urodziło się o czasie?		TAK	NIE
Czy Dziecko mówi prostymi słowami?		TAK	NIE
Czy Dziecko w jakiś szczególny sposób sygnalizuje swoje potrzeby fizjologiczne?		TAK	NIE
Czy Dziecko często choruje?		TAK	NIE
Czy w przypadku wystąpienia oznak choroby Dziecka (wymioty, gorączka, biegunka) życzą sobie Państwo wezwać swojego rodzinnego lekarza? Jeśli tak, proszę podać kontakt. Nazwisko lekarza: _____ Nr tel.: _____		TAK	NIE
Jakie choroby zakaźne przebyło Dziecko?			
Czy Dziecko jest uczulone? Jeśli tak proszę podać jakie alergeny wziewne, jakie alergeny pokarmowe lub inne:		TAK	NIE
Czy Dziecko jest zaszczepione na wirusowe zapalenie wątroby typu A lub B?		TAK	NIE
W przypadku Dziecka chorego przewlekłe prosimy o podanie szczegółowych informacji niezbędnych do właściwej opieki zdrowotnej nad Państwa Dzieckiem:			
C. WYCHOWANIE:			
Wychowujemy Dziecko bezstresowo.		TAK	NIE
Wychowujemy Dziecko z dyscypliną.		TAK	NIE
Dążymy do wpajania określonych zasad.		TAK	NIE
Wychowujemy Dziecko w duchu katolickim.		TAK	NIE
Jesteśmy innego wyznania niż katolickie.		TAK	NIE
D. SPANIE:			
Dziecko lubi spać po obiedzie i zasypia bez kłopotów.		TAK	NIE
Nie lubi spać, może tylko leżakować.		TAK	NIE
Trzeba je nakłaniać do snu.		TAK	NIE
Nie śpi w ogóle.		TAK	NIE
W jakich godzinach dziecko zwykle spało w domu?			
Czy Dziecko wymaga obecności kogoś podczas zasypiania?		TAK	NIE
Czy Dziecko zasypia przy zgaszonym świetle?		TAK	NIE
Czy wymaga bezwzględnej ciszy w czasie snu?		TAK	NIE
Czy przed zaśnięciem przyzwyczajone jest do jakiegoś rytmu (czytanie bajki, podanie picia itp.) Proszę podać:		TAK	NIE

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w podanym wyżej zakresie przez Spółkę Leśny Skrzat Sp. z o.o. z siedzibą w Oleśnicy przy ul. Wojska Polskiego 56 H, 56-400 Oleśnica w celu udzielenia informacji o dziecku. Oświadczam, że dane te są zgodne z prawdą. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/am poinformowana o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych jest dobrowolne zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

.....
podpis rodzica lub opiekuna

.....
podpis rodzica lub opiekuna

Wyrażamy zgodę na wykonywanie przez personel Przedszkola+ zdjęć i materiałów filmowych obejmujących wizerunek naszego dziecka podczas pobytu w Przedszkolu+, w tym w szczególności podczas zabaw, zajęć dodatkowych i wycieczek i umieszczanie tych materiałów na stronie internetowej Przedszkola+ oraz profilu na Facebooku w celach promocyjnych.

.....
podpis rodzica lub opiekuna

.....
podpis rodzica lub opiekuna