**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA**

**DO ŻŁOBKA SIÓSTR ŚWIĘTEGO JÓZEFA**

**WE WROCŁAWIU, UL. B. Prusa 28/IIB**

**I. DANE DZIECKA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona dziecka) |  |
| Data i miejsce urodzenia dziecka |  |
| PESEL dziecka |  |
| Data i miejsce (parafia) chrztu dziecka |  |
| Adres zamieszkania dziecka |  |
| Adres e-mail  (jednego lub obojga rodziców) |  |
|  |

**II. DANE RODZICÓW**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MATKA / opiekunka prawna** | **OJCIEC / opiekun prawny** |
| Imię i nazwisko |  |  |
| Pesel Rodziców/  lub Nr Dow. Osob. |  |  |
| Daty urodzenia Rodziców, |  |  |
| Obywatelstwo |  |  |
| Adres zamieszkania |  |  |
| Zawód wykonywany |  |  |
| Nazwa i adres zakładu pracy |  |  |
| Godziny pracy |  |  |
| Telefon domowy |  |  |
| Telefon komórkowy |  |  |

**Telefon do natychmiastowego kontaktu:……………………………………………………………..**

**III. DANE DOTYCZĄCE ROZWOJU I ZDROWIA DZIECKA**

Spośród niżej wymienionych danych dotyczących zdrowia i rozwoju dziecka, proszę podać te, które uznaje Pan/Pani za istotne dla zapewnienia odpowiedniej opieki, odżywiania oraz metod opiekuńczo – wychowawczych.

|  |  |
| --- | --- |
| Czy potrafi samodzielnie jeść? |  |
| Czy zgłasza potrzeby fizjologiczne? |  |
| Czy u dziecka stwierdzono wady rozwojowe?  Jeśli tak to jakie? |  |
| Czy dziecko posiada opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju tzw. WWR?  W jakiej poradni jest realizowany? |  |
| W jaki sposób dziecko się komunikuje  z otoczeniem? (gestem, mimiką, pojedynczymi słowami, prostymi zdaniami… |  |
| Czy dziecko śpi w ciągu dnia?  Jeśli TAK to proszę podać przedział czasowy. |  |
| Przyzwyczajenia dziecka które pomagają mu zasnąć? |  |
| Czego dziecko się boi? |  |
| Czy dziecko jest alergikiem? |  |
| Czy dziecko ma alergię pokarmową?  Jeśli TAK to na co i jakiej podlega diecie żywieniowej? |  |
| Czy dziecko posiada Rodzeństwo?  Jeśli tak proszę podać ilość rodzeństwa i w jakim są wieku? |  |
| Dziecko wyjątkowo nie lubi jeść, proszę wymienić |  |
| Czy dziecko jest pod stałą opieką specjalistyczną? Jaką? |  |
| Czy dziecko jest uczulone na jakieś leki? Jeśli TAK to proszę wymienić na jakie? |  |
| Czy dziecko systematycznie pobiera leki? Jakie? |  |
| Czy dziecko zgodnie z kalendarzem szczepień ochronnych przebyło wszystkie właściwe dla wieku szczepienia? |  |
| Przebyte operacje |  |
| Przebyte choroby zakaźne |  |
| Wady rozwojowe |  |
| Inne informacje uznane za ważne |  |

**Oświadczam, że dziecko nie jest nosicielem choroby zakaźnej.**

…………………………………………………………………………………………....

data i podpis rodziców/prawnych opiekunów

**IV. MOTYWACJA**

Proszę napisać: Dlaczego chcecie Państwo, by Wasze dziecko chodziło do Żłobka Sióstr Świętego Józefa?

………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

**V. OFEROWANA POMOC, PROPOZYCJE**

(na rzecz żłobka, w zakresie swoich umiejętności zawodowych lub innych uprawnień   
i umiejętności czy zainteresowań)

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**VI. OŚWIADCZENIE**

*Świadomy odpowiedzialności karnej potwierdzam że podane dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz zobowiązuję się podawać do wiadomości żłobka zmiany w podanych wyżej informacjach.*

*Oświadczam, ze znany mi jest sposób i charakter wychowania w katolickich żłobkach.*

*Zobowiązuję się do:*

* *Współpracy z personelem żłobka w integralnym rozwoju mojego dziecka,*
* *Przestrzeganiu postanowień Statutu Żłobka,*
* *Przyprowadzania do żłobka tylko zdrowego dziecka, dostarczania zaświadczenia, lekarskiego po przebytej chorobie, iż dziecko jest zdrowe i może uczęszczać do żłobka,*
* *W przypadku rezygnacji ze żłobka złożenia z miesięcznym wyprzedzeniem pisemnej informacji*

………………………………………………………………...

data i podpis matki lub prawnej opiekunki

…………………………………………………………………

data i podpis ojca lub prawnego opiekuna

**VII. ZOBOWIĄZANIE DOTYCZĄCE UISZCZANIA OPŁAT ZA ŻŁOBEK**

Ja niżej podpisany/a zobowiązuję się do regularnego i terminowego dokonywania opłat związanych z korzystaniem przez moje dziecko ze żłobka. Opłata stała w naszym żłobku rozłożona jest na 12 miesięcy w roku.

………………………………………………………………....

data i podpis matki lub prawnej opiekunki

….………………………………………………………………

data i podpis ojca lub prawnego opiekuna

**VIII. ZGODA**

Wyrażam zgodę na wychowywanie dziecka w duchu szacunku wobec wartości katolickich, na których oparte jest wychowanie w żłobku.

………………………………………………………………....

data i podpis matki lub prawnej opiekunki

….………………………………………………………………

data i podpis ojca lub prawnego opiekuna

**IX. ZGODA NA UDZIAŁ DZIECKA W WYCIECZKACH I WYJŚCIACH**

Zezwalamy naszemu dziecku…………………………………………………..……………….

na udział w wycieczkach (na terenie Wrocławia) oraz wyjściach poza teren żłobka, organizowanych przez Żłobek Sióstr Świętego Józefa we Wrocławiu na okres pobytu dziecka   
w Żłobku, w roku szkolnym……………………...

Jednocześnie informujemy, że nie widzimy przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa naszego dziecka w wycieczkach i wyjściach.

………………………………………………………………....

data i podpis matki lub prawnej opiekunki

….………………………………………………………………

data i podpis ojca lub prawnego opiekuna

**X. DECYZJA DYREKTORA** (wypełnia Żłobek)

Decyzją Dyrektora z dnia………………………………..

Dziecko:……………………………………………………………………….

- zostało zakwalifikowane do korzystania ze żłobka

…………………………………………………………………………………

…….……………………………………..

pieczęć i podpis dyrektora