



Straszyn, dn. ....

# ŻŁOBEK

im. św. Joanny Beretty Molla

## KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA

### Dane Dziecka

(prosimy o wypełnienie formularza drukowanymi literami)

Imię i nazwisko:	_____
Data urodzenia:	_____ PESEL: _____
Adres zamieszkania:	_____
Adres zameldowania:	_____

### Dane Rodziców

Imię i nazwisko Mamy:	_____
Tel. kontaktowy:	_____ adres e-mail: _____
Miejsce pracy Mamy:	_____
Godziny pracy Mamy:	_____ tel. do pracy: _____

Imię i nazwisko Taty:	_____
Tel. kontaktowy:	_____ adres e-mail: _____
Miejsce pracy Taty:	_____
Godziny pracy Taty:	_____ tel. do pracy: _____

Adres zamieszkania:	_____
---------------------	-------

### Osoby upoważnione do odbioru dziecka

	Imię i nazwisko	Numer dowodu osobistego
1	_____	_____
2	_____	_____
3	_____	_____
4	_____	_____
5	_____	_____
6	_____	_____

Czy wyrażają Państwo zgodę na udział swojego dziecka w katechezie? ( proszę wpisać TAK lub NIE ) \_\_\_\_\_

Czy wyrażają Państwo zgodę na umieszczanie zdjęć ze swoim dzieckiem na stronie internetowej żłobka oraz w materiałach informacyjnych dotyczących żłobka (dotyczy zdjęć z imprez okolicznościowych żłobka, ważnych wydarzeń, itp.)? \_\_\_\_\_

Czy wyrażają Państwo zgodę na publikowanie prac plastycznych swojego dziecka w zakresie działalności żłobka? \_\_\_\_\_

Czy wyrażają Państwo zgodę na udział swojego dziecka w wyjściach poza teren żłobka? \_\_\_\_\_

Czy wyrażają Państwo zgodę na przetwarzanie wymienionych danych osobowych do celów organizacji żłobka, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z 10 maja 2018 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000)? \_\_\_\_\_

Czy wyrażają Państwo zgodę na przesyłanie za pośrednictwem poczty elektronicznej informacji dotyczących żłobka? \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko rodzica

Data

Podpis



Straszyn, dn. ....

# ŻŁOBEK

im. św. Joanny Beretty Molla

## ANKIETA O DZIECKU

**Imię i nazwisko dziecka:** .....

1. Czy dziecko uczęszczało już do żłobka? .....
2. Czy dziecko ma rodzeństwo (jeśli tak to w jakim wieku)? .....
3. Czy dziecko jest wcześniakiem? .....
4. Czy dziecko potrafi sygnalizować swoje potrzeby? .....
5. Czy dziecko potrafi samodzielnie pić z kubeczka? .....
6. Czy dziecko potrafi korzystać z nocnika? .....
7. Czy dziecko próbuje samodzielnie się ubierać? .....
8. Czy dziecko używa smoczek? .....
9. Czy dziecko śpi w ciągu dnia (jeżeli tak to jak długo)? .....
10. W jaki sposób dziecko zasypia (czy ma ulubioną maskotkę, pieluszkę itp.)?  
.....  
.....

11. Czy dziecko ma alergie pokarmowe? Jakie?  
.....  
.....

12. Czy dziecko jest uczulone? Na co?  
.....  
.....

13. Przebyte choroby dziecka:  
.....  
.....

14. Dodatkowe informacje o dziecku, które uznacie Państwo za ważne:  
.....  
.....

15. Zainteresowania dziecka (ulubione zabawki, książki, gry, zabawy):  
.....  
.....

16. Oczekiwania rodziców:  
.....  
.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety !