### **KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO NIEPUBLICZNEGO PRZEDSZKOLA**

 „ **CZARODZIEJSKI ZAMEK „ w OWIŃSKACH**

Kartę wypełniają rodzice lub prawni opiekunowie.

................................................................................................ ..........................

Imię i nazwisko dziecka data urodzenia

.............................................................................................

PESEL dziecka

.............................................................................................................................

Zgłoszenia dokonuje: Imiona i nazwiska

................................................................................................................................................

dowód osobisty (seria i numer)

**adres mailowy** ........................................................................................................................

adres zameldowania rodzica/opiekuna .....................................................................................

adres zameldowania dziecka

............................................................................................................................................................

................................................................................ ................. ........................

adres zamieszkania dziecka Kod pocztowy telefon

**TELEFON PIERWSZEGO KONTAKTU: ................................................................**

1. **Dane dotyczące rodziny:**

Struktura rodziny (proszę podkreślić):

* pełna / niepełna,
* mama samotna / tata samotny
* rodzice po rozwodzie / w trakcie separacji
* rodzina zastępcza / rodzina adopcyjna

podstawa prawna sprawowanej opieki / ewentualnie informacja o ograniczeniu lub pozbawieniu praw rodzicielskich:

u kogo przebywa dziecko ...............................................................................................

Rodzice (opiekunowie) ojciec (opiekun) matka( opiekunka)

- imię i nazwisko .......................................... ..........................................

 .......................................... ..........................................

......................................................................... .............................. ...........................

Nazwa firmy (matki) stanowisko telefon kontaktowy

......................................................................... ............................. .....................

Nazwa firmy (ojca) stanowisko telefon kontaktowy

**Rodzeństwo:**

Imię: wiek:

Imię: wiek:

Imię: wiek:

Choroby w rodzinie – nawracające lub przewlekłe (rodzice, rodzeństwo) – proszę wymienić:

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

Dane dodatkowe:

1. Czy dziecko uczęszczało do żłobka/przedszkola Tak Nie

Od..................................do................................

1. Przewidywane godziny przyprowadzania i odbierania dziecka

................................................................................................................................

1. Wymogi szczególnego nadzoru np. po kontuzji, wady rozwojowe, alergia, dieta eliminacyjna.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Sygnały dotyczące trudności wychowawczych ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................
3. uwagi o atmosferze domowej, stosowane metody wychowania, rodzaje nagród i kar

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

7. wspólne aktywności rodzinne – jakie / czas spędzany wspólnie z dziećmi – jakie aktywności:

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Dane dotyczące zdrowia:**

Przebyte choroby:

* dziecięce: ospa, różyczka, świnka, odra itp.
* inne przebyte choroby:
* stała choroba: niepełnosprawność:
* dotychczasowe pobyty w szpitalu:
* aktualna opieka specjalistyczna, przyjmowane leki:

Dotychczasowe konsultacje specjalistyczne: alergolog, laryngolog, foniatra, neurolog, audiolog, psychiatra – proszę podkreślić

Posiadane orzeczenia/opinie:

* lekarskie – jakie:
* logopedyczne:
* psychologiczne:
* inne- jakie:

Dziecko jest uczulone na:

............................................................................................................................................................

Miewa objawy alergiczne w postaci:

............................................................................................................................................................

Szczególne zalecenia dotyczące diety:

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Nosi: okulary, aparat słuchowy, wkładki korekcyjne do butów, inne – jakie:

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Rozwój ruchowy dziecka

Dziecko zaczęło:

* siedzieć samodzielnie w wieku……………………
* czworakować w wieku …………………………….
* chodzić samodzielnie w wieku ……………………

Dziecko lubi / nie lubi zabaw ruchowych

Funkcjonowanie dziecka:

Jest: spokojne, niespokojne, kapryśne

Jest: bardzo aktywne, średnio lub przeciętnie aktywne, mało aktywne

Łatwo się relaksuje – w jaki sposób / ma trudności:

Dziecko śpi w ciągu dnia: tak / nie

Potrawy, przedmioty, zachowania szczególnie preferowane przez dziecko:

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Potrawy, przedmioty, zachowania, których dziecko nie akceptuje:

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Inne uwagi rodziców dotyczące dziecka:

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Zachowania, na które wychowawcy winni zwrócić szczególną uwagę u dziecka:

* fobie(lęki) np. przed ludźmi, wodą, zwierzętami, hałasami:
* inne – jakie:

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Czynności samoobsługowe:

* używa smoczka /pije z butelki ze smoczkiem / pije z kubka
* je samodzielnie / ma trudności
* samodzielnie załatwia potrzeby fizjologiczne / używa pieluchy / wymaga pomocy
* potrafi myć zęby tak / nie
* sam myje twarz, ręce / wymaga pomocy
* samodzielnie ubiera się / wymaga pomocy – wymienić przy czym:
* .................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Sposób wypowiadania się:

* mówi zrozumiale dla otoczenia
* posługuje się mową niezrozumiałą dla otoczenia

Zaobserwowane szczególne uzdolnienia:

* wzrokowe
* słuchowe
* pamięć itp.

Zaobserwowane trudności – opisać jakie:

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Preferowane przez dziecko formy aktywności:

* ulubione zabawy:
* ulubione opowiadania:
* ulubione bajki:
* zainteresowania:

Dziecko:

* lubi być nazywane------------------------------------------------------------------
* cieszy się, gdy ------------------------------------------------------------------
* jest szczęśliwe, kiedy ------------------------------------------------------------------
* oczekuje czułości ------------------------------------------------------------------
* denerwuje się, gdy ------------------------------------------------------------------
* martwi się, gdy ------------------------------------------------------------------
* nie lubi, gdy ------------------------------------------------------------------
* ma bliskiego kolegę / koleżankę: tak / nie

Jakie zajęcia dodatkowe wybralibyście Państwo dla swojego dziecka?(proszę zakreślić)

* rytmika
* angielski
* eksperymenty chemiczne , doświadczenia
* kucyki
* taniec
* religia

Inne..................................................................

Kto poza rodzicami może odbierać dziecko z przedszkola { tylko osoba pełnoletnia }

Proszę podać imię i nazwisko, serię i nr dowodu osobistego oraz stopień pokrewieństwa :

1. ...............................................................................................................................
2. ...............................................................................................................................
3. ...............................................................................................................................

 /podpis rodziców { opiekunów }

Upoważnienie jest ważne na okres roku szkolnego i może być odwołane za pisemnym powiadomieniem Przedszkola. W przypadku upoważnienia osób niepełnoletnich do odbioru dziecka, Rodzice ponoszą odpowiedzialność za zaistniałe zdarzenia.

Chcę, aby moje Dziecko uczęszczało do Przedszkola Czarodziejski Zamek od dnia/miesiąca/roku szkolnego

............................................................................................................................................................

###### Oczekiwania rodziców

Czego oczekują Państwo od naszej placówki?

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

W jaki sposób możecie Państwo wspomóc działania przedszkola?

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

**Rodzic/opiekun prawny oświadcza, że jego dziecko korzystać będzie z:**

1. **usług przedszkola codziennie w godz. od………do………**

Oświadczam, że dane przedłożone w niniejszym podaniu są zgodne ze stanem faktycznym. Niniejszym przyjmuje do wiadomości i wyrażam zgodę na przechowywanie zawartych w karcie zgłoszenia danych osobowych wyłącznie do użytku wewnętrznego zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych ( Dz.U. z 1997r. Nr 133, poz. 133)

Data Podpisy Rodzica/Rodziców