Przedszkole nr 16

Koszałka-Opałka

Ul Partyzancka 15b

Tel 62 591 82 95

**KARTA INFORMACYJNA**

Dziecko........................................................................... ………………………

Imię i nazwisko PESEL

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres** | **Deklaracja\*** |
| Wniosek o objęcie dziecka nauką religii /dzieci 5,6 letnie/ | □ TAK □ NIE |
| Zgoda na wykorzystanie wizerunku dziecka (w publikacjach papierowych i elektronicznych, w tym internetowych związanych z życiem przedszkola) | □ TAK □ NIE |
| Telefon kontaktowy do matki/prawnego opiekuna |  |
| Telefon kontaktowy do ojca/prawnego opiekuna |  |
| Czy dziecko samodzielnie załatwia potrzeby fizjologiczne? | □ TAK □ NIE |
| Dziecko posiada opinię/orzeczenie\* Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej | □ TAK □ NIE |
| Dodatkowe informacje o dziecku i rodzinie, mogące mieć wpływ na funkcjonowanie dziecka w przedszkolu np.:  - stan zdrowia ( alergie, specjalne diety, stała opieka lekarska  poradni specjalistycznych itp.);  - potrzeby socjalne;  - inne   |  |  | | --- | --- | | Czy dziecko potrafi samodzielnie spożywać posiłek? | □ TAK □ NIE | | Czy dziecko potrafi się komunikować? | □ TAK □ NIE | | Czy dziecko potrzebuje snu w ciągu dnia? |  |   Inne ważne wiadomości: | □ TAK □ NIE  □ TAK □ NIE  □ TAK □ NIE |

**\*** podanie danych jest dobrowolne

**UPOWAŻNIENIE OSÓB WSKAZANYCH PRZEZ RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW DO ODBIORU ICH DZIECKA Z PRZEDSZKOLA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Imię i nazwisko**  **osoby upoważnionej** | **Stopień pokrewieństwa** | **Numer dowodu osobistego** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

MATKA/PRAWNY OPIEKUN OJCIEC/PRAWNY OPIEKUN

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

Imię i nazwisko oraz podpis Imię i nazwisko oraz podpis