

KARTA ZGŁOSZENIA DO ŻŁOBKA

Dziękujemy za staranne wypełnienie tej karty

DZIECKO

NAZWISKO:

IMIĘ:

Urodzony(a):

Adres :

RODZINA DZIECKA

Matka

Imię, nazwisko

Zawód.....

Miejsce pracy

Bracia, siostry (imiona,nazwiska, daty
urodzin)

.....

.....

Ojciec

Imię, nazwisko

Zawód.....

Miejsce pracy

TELEFONY KONTAKTOWE W PILNYCH PRZYPADKACH

W wyjątkowych przypadkach, placówka zawiadamia rodzinę korzystając z numerów telefonów podanych przez rodzinę w tym dokumencie. W razie ich zmiany w trakcie roku szkolnego prosimy o niezwłoczne powiadomienie nas o tym.

Tel. dom:Tel. służbowy
matki..... Tel.kom.matki.....

E-mail :

Tel.służbowy ojca : Tel.kom.ojca :

E-mail :

Inna osoba upoważniona:

Imię,nazwisko:

Kim jest (opiekunka,babcia etc.):

Adres : Tel. :

POBYT DZIECKA W ŻŁOBKU

Prosimy o określenie kiedy dziecko będzie uczęszczało do żłobka :

ilość godzin dziennie w jakich godzinach

od do

rodzaju posiłków, z których dziecko będzie korzystało:

- śniadanie, - II śniadanie, - obiad, - podwieczorek,

Prosimy o podanie rodzaju posiłków, których dziecko nie może spożywać z przyczyn np. alergicznych :

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

.....

Podpis rodzica lub opiekuna

UPOWAŻNIENIE DO DZIAŁANIA W NAGŁYCH WYPADKACH

LEKARZ RODZINNY LUB PEDIATRA

Nazwisko:

Tel.: Adres

przychodni :.....

.....

UPOWAŻNIENIA

(niepotrzebne skreślić)

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.

Jeżeli życzycie sobie Państwo, by dziecko zostało odwiezione do wskazanego przez Was szpitala prosimy podać jego nazwę i adres

poniżej:

.....

.....

Postępowanie w razie wypadku:

Wyrażam zgodę na to, by ekipa pedagogiczna podjęła ewentualne działania, w wypadku zagrożenia stanu zdrowia mojego dziecka: wezwanie lekarza, pogotowia ratunkowego, odwiezienie do szpitala

TAK NIE

Narkoza i operacja chirurgiczna:

Wyrażam zgodę na operację chirurgiczną w wypadku zagrożenia stanu zdrowia mojego dziecka

TAK NIE

.....

Podpis Rodzica lub osoby upoważnionej

KARTA ZDROWIA DZIECKA

Nazwisko, imię dziecka :

.....

Data urodzin:

Adres:

.....

Nazwisko, imię matki:

Nazwisko, imię ojca :

Telefony:

Dom :

Służbowy matki :

tel.kom.matki :

E-mail :

Tel. służbowy ojca:

tel.kom.ojca.....

E-mail :

Świadczenia medyczne*:

Lekarz rodzinny

Nazwisko :

Tel. :

Adres.....

Adres i tel. przychodni zdrowia :

Nazwisko i tel. do pediatry w przychodni :

Informacje o stanie zdrowia dziecka

Czy dziecko jest na coś

leczone :

Przebyte choroby zakaźne :

.....

Szczepienia obowiązkowe:

Alergie :

Jeśli dziecko nosi okulary, to powinno je nosić

stale lub tylko podczas zajęć

Czy dziecku podawane są jakieś leki w ciągu dnia : **TAK NIE**

Jeśli tak to jakie i jak należy je

podawać:

Dziękujemy za podanie dodatkowych istotnych informacji dotyczących stanu
zdrowia dziecka:

Podpis Rodzica lub osoby upoważnionej

.....

Podpis rodzica lub opiekuna

Placówka nie świadczy usług medycznych z wyjątkiem zajęć logopedycznych
jeśli jest taka potrzeba .