

1. Dane dziecka

Imię i nazwisko dziecka												
Data urodzenia DDMMRRRR					Miejsce urodzenia							
PESEL dziecka												
Adres zamieszkania	Miejscowość											
	Ulica						Nr bud.		Nr lok.			
	Kod pocztowy				Poczta							
	Gmina											

2. Dane rodziców / opiekunów prawnych

	Dane matki / opiekunki prawnej	Dane ojca / opiekuna prawnego
Imię i nazwisko		
Seria i nr dokumentu tożsamości		
Adres zamieszkania ¹		
Telefon kontaktowy		
e-mail		
Wykonywany zawód ²		

3. Dane dotyczące rodziny

 Rodzina: pełna niepełna

 Rodzeństwo: TAK NIE

¹ Jeśli adres zamieszkania jest taki sam jak adres dziecka należy wpisać: "jak w pkt. 1"

² Dane nieobowiązkowe

4. Deklarowane godziny pobytu dziecka w przedszkolu (od – do):

dzień	od	do
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		

5. Osoby upoważnione do odbioru dziecka z przedszkola³

Lp.	Imię i nazwisko	Seria i nr dokumentu tożsamości

Bierzemy na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo odebranego dziecka – od momentu jego odbioru przez wskazaną powyżej, upoważnioną przez nas osobę.

Kraków, dnia.....

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego dziecka)

³ Inne niż wymienione w pkt.2

6. Informacje o stanie zdrowia dziecka

a) Dziecko pozostaje w stałym leczeniu? TAK NIE

(jeśli tak, prosimy podać rodzaj dolegliwości i metody leczenia, przyjmowane leki):

.....

b) Czy istnieją pokarmy, na które dziecko jest uczulone? TAK NIE

(jeśli tak, prosimy podać rodzaje lub nazwy produktów):

.....

c) Dziecko jest szczepione zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień.

TAK NIE

7. Informacje o zachowaniach i przyzwyczajeniach dziecka

a) Czy dziecko śpi w ciągu dnia? TAK NIE

b) Czy istnieją sytuacje lub przedmioty, które wywołują u Państwa dziecka uczucie lęku? TAK NIE

(jeśli tak, proszę wymienić).....

.....

c) Jakie przymiotniki najlepiej określają Państwa dziecko:

<input type="checkbox"/> spokojne	<input type="checkbox"/> wrażliwe	<input type="checkbox"/> pogodne	<input type="checkbox"/> ruchliwe	<input type="checkbox"/> sprytne
<input type="checkbox"/> otwarte	<input type="checkbox"/> poważne	<input type="checkbox"/> absorbujące	<input type="checkbox"/> zamknięte	<input type="checkbox"/> agresywne
<input type="checkbox"/> konfliktowe	<input type="checkbox"/> płaczące	<input type="checkbox"/> nieśmiałe	<input type="checkbox"/> łatwo nawiązuje kontakty z innymi	

d) Co dziecko lubi robić?

<input type="checkbox"/> śpiewać	<input type="checkbox"/> tańczyć	<input type="checkbox"/> rysować
<input type="checkbox"/> malować	<input type="checkbox"/> słuchać muzyki	<input type="checkbox"/> oglądać TV
<input type="checkbox"/> recytować wiersze	<input type="checkbox"/> zajęcia sportowe	<input type="checkbox"/> majsterkować
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e) Stopień samodzielności dziecka - proszę podać w skali od 1 do 3
gdzie 1 – nie potrafi lub nigdy, 2 – potrafi, z niewielką pomocą lub nie zawsze,
3 – potrafi, całkowicie samodzielnie lub zawsze

- potrafi samodzielnie jeść
- potrafi samodzielnie skorzystać z toalety
- potrafi umyć zęby
- potrafi samodzielnie się ubrać
- potrafi ubrać buty
- potrafi zapiąć / zawiązać buty
- komunikuje swoje potrzeby dorosłym

Kraków, dnia.....

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego