# Karta zgłoszenia dziecka

**do Przedszkola *Aniołów Stróżów***

**Zgromadzenia Służebnic Matki Dobrego Pasterza**

**ul. Polna 7; 34-424 Szaflary**

**tel. 18.275-49-43**

**Dane o dziecku**

1. Imię i nazwisko dziecka ……………………………………………………………………………………..

2. Adres stałego zameldowania: ul. .……………………………………………………nr domu……………..

3. Adres czasowego zameldowania: ul. ...………………………………………………nr domu…………......

4. Adres zamieszkania: ul. …………………………………………………………...…nr domu……………..

6. Kod pocztowy: ……………………………………. 7. Gmina ……………………………………………

8. Data urodzenia …………………… Miejsce urodzenia ……………..………. 9. Data chrztu ………...…..

10. PESEL ……………………………………………………………..

**Dane o rodzicach/opiekunach prawnych**

1. Imiona i nazwisko Matki ………………………………………………………………………...…………..

2. Wykształcenie ……..………………………….. 3. Zawód wyuczony ………………….………………….

4. Miejsce pracy ………………………………………… 5. Stanowisko ……………………………..………

6. Adres zamieszkania Matki ………………………………………………………………………..………… 7. Imiona i nazwisko Ojca ……………………………………………………………………………………... 7. Wykształcenie ……..………………………….. 8. Zawód wyuczony ……………………………………..

9. Miejsce pracy ………………………………………… 10. Stanowisko ……………………………………

6. Adres zamieszkania Ojca ……..…………………………………………………………………..…………

11. Telefony kontaktowe/e-mail:

Dom ……………………………………… Praca Matki ……………………………………………

e-mail …………………………………….. Praca Ojca …………………………………………….

**Imiona i wiek rodzeństwa**

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

4. …………………………………. 5. ……………………….……………. 6. ……………..…….…..……...

Przyjmujemy do wiadomości, że dziecko może być odebrane z Przedszkola tylko przez **osobę pełnoletnią**, będącą w stanie zapewnić dziecku całkowitą opiekę.

W razie nieobecności rodziców upoważniam do odbioru naszego dziecka niżej wymienione osoby:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko  upoważnionej osoby | Adres zamieszkania | Nr dowodu osobistego | Ewent. stopień  pokrewieństwa |
|  |  |  |  |

**Motywacja** **prośby przyjęcia dziecka do Przedszkola:**

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

**Uwagi dotyczące stanu zdrowia i rozwoju dziecka**

alergia:..................................................................................................................................................................

żywienie ..............................................................................................................................................................

Inne uwagi o dziecku..........................................................................................................................................

Umiejętności Rodziców, którymi mogliby służyć na rzecz Przedszkola (zdolności artystyczne, naprawy itp.)

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

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w spacerach i wycieczkach organizowanych przez Przedszkole.

1)...................................................... 2) .....................................................

*Podpis rodziców/opiekunów prawnych*

Zostałam/em poinformowany, że podczas pobytu dziecka w przedszkolu nie mogą być podawane żadne leki. Zobowiązuję się przyprowadzać do przedszkola **TYLKO zdrowe** dziecko.

1)...................................................... 2) .....................................................

*Podpis rodziców/opiekunów prawnych*

Zobowiązuję się do terminowego uiszczania płatności za przedszkole do 10 każdego miesiąca.

1)...................................................... 2) .....................................................

*Podpis rodziców/opiekunów prawnych*

Zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania przedszkolu wszelkich zmian wyżej podanych informacji, przede wszystkim telefonów komórkowych i zmiany miejsca pracy i zamieszkania.

1)...................................................... 2) .....................................................

*Podpis rodziców/opiekunów prawnych*

W razie zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka wyrażam / nie wyrażam zgody udzielenie pierwszej pomocy medycznej i wezwanie karetki celem przewiezienia do szpitala.

1)...................................................... 2) .....................................................

*Podpis rodziców/opiekunów prawnych*

Zostałem/am poinformowana/y, że:

* + - 1. Administratorem danych osobowych jest **Przedszkolu im. Aniołów Stróżów Zgromadzenia Służebnic Matki Dobrego Pasterza w Szaflarach ul. Polna 7.** Kontakt z Administratorem jest możliwy pod adresem mailowym: [ado.pasterzanki@gmail.com](mailto:ado.pasterzanki@gmail.com) lub listownie.
      2. Dane osobowe są zbierane i przetwarzane przez administratora w celu realizacji zadań statutowych Placówki.
      3. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji przez Administratora celów przetwarzania.
      4. Mam prawo do dostępu do podanych danych osobowych, a także prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

1)...................................................... 2) .....................................................

*Podpis rodziców/opiekunów prawnych*