



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CHRZEŚCJAŃSKIE  
STOWARZYSZENIE  
DOBROCZYNNIE

UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



## KLUB DZIECIĘCY- PRYZAKŁADOWE CENTRUM ZABAWY

Łazy 42-450, ul. Brzozowa 19

(data złożenia wniosku)

### KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA

#### DO KLUBU DZIECIĘCEGO

.....

(imię i nazwisko dziecka)

ur. ....PESEL.....

adres zam. ....

#### 1. DANE O RODZINIE DZIECKA

**MATKA**

**OJCIEC**

**Imię**

**Nazwisko**

**Adres zamieszkania**

**Nazwa zakładu pracy**

.....

Pieczętka zakładu pracy, pieczętka i podpis osoby poświadczającej

.....

Pieczętka zakładu pracy, pieczętka i podpis osoby poświadczającej

**UWAGI:**

- 1.Kartę wypełniają rodzice lub prawni opiekunowie dziecka.
- 2.Miejsce pracy poświadczają zakłady pracy lub właściwe urzędy.

**NUMERY TELEFONÓW KONTAKTOWYCH RODZICÓW (OPIEKUNÓW)**

**MATKA**

**OJCIEC**

**Zakład pracy**

**Tel. komórkowy**

**Tel. domowy**

**1. DANE O SYTUACJI RODZINNEJ DZIECKA**

- 1. Dziecko rodzica/opiekuna samotnie je wychowującego (zaznaczyć: ☐ TAK / ☐ NIE)
- 2. Dziecko rodzica/opiekuna niepełnosprawnego (zaznaczyć: ☐ TAK / ☐ NIE)
- 3. Rodzina pod opieką MOPS(zaznaczyć: ☐ TAK / ☐ NIE)

4. Rodzina pełna, oboje rodzice pracujący (zaznaczyć: ☐ TAK / ☐ NIE)

4a. Inne uwagi o sytuacji rodzinnej dziecka.....

.....  
.....

**1. OŚWIADCZENIE O POBYCIE DZIECKA W KLUBIE DZIECIĘCYM**

1.Oświadczam, że dziecko będzie korzystało z opieki w Klubu od poniedziałku do piątku zgodnie z przyjętym harmonogramem pobytu.

2.Przyjmuję do wiadomości, że dziecko może być odbierane wyłącznie przez rodziców lub osoby pisemnie upoważnione przez opiekunów prawnych

3. Wyrażam zgodę na udzielenie pierwszej pomocy mojemu dziecku w czasie pobytu dziecka w Klubie, z wyłączeniem leków.

4. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie zdjęć i filmów nagrywanych podczas pobytu dziecka w Klubie Dziecięcym w celu ewaluacji, monitoringu, kontroli i promocji Klubu Dziecięcego-Przyzakładowego Centrum Zabawy

.....

(podpis rodzica lub opiekuna)

#### 1. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DZIECKA Z KLUBU DZIECIĘCEGO**

Jako pełnoprawny opiekun ..... ( imię i nazwisko dziecka) oświadczam, że upoważniam do przyprowadzania i odbioru mojego dziecka następujące osoby:

**L.p.**

☐ ☐ **Imię i nazwisko osoby upoważnionej, adres zamieszkania, stopień pokrewieństwa**

1.

2.

3.

1. **OŚWIADCZENIE O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w „Karcie zgłoszenia dziecka do Klubu Dziecięcego-Przyzakładowego Centrum Zabawy” dla potrzeb niezbędnych do organizacji pracy i funkcjonowania Klubu Dziecięcego-Przyzakładowego Centrum Zabawy ( zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych ) oraz wymaganych w ramach wsparcia EFS POKL Priorytet I Poddz.1.3.2

.....  
( podpis rodziców lub opiekunów)

**KARTA INFORMACYJNA O DZIECKU**

Imię i nazwisko dziecka .....

Matka (imię i nazwisko) .....Wiek.....

Wykształcenie .....Zawód.....

Ojciec (imię i nazwisko) .....Wiek.....

Wykształcenie .....Zawód.....

Rodzeństwo (imiona i wiek) .....

.....

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje (rok życia, rodzaj) .....

.....

.....

Informacje na temat ewentualnych uczuleń (na co, bądź na jakie potrawy, objawy uczuleń)

.....

.....

**\* właściwe podkreślić**

**Czy dziecko\*:**

1. Słyszy: dobrze/źle, inne..... Widzi: dobrze/źle, inne.....
2. Jest po opieką poradni specjalistycznej: tak/nie, jakiej .....

**Samodzielność\***

Potrafi samo się ubrać

Ubiera się z niewielką pomocą osób dorosłych

Wymaga pomocy przy ubieraniu

Samo radzi sobie z jedzeniem

Trzeba je karmić

Pamięta o potrzebach fizjologicznych i radzi sobie samo

Zgłasza swoje potrzeby, ale wymaga pomocy przy korzystaniu z toalety

Trzeba je pilnować, bo zapomina o zgłaszaniu potrzeb fizjologicznych

Inne uwagi dotyczące dziecka:

.....

..... **jedz**  
**enie\***

Praktycznie je wszystko, nie ma specjalnych upodobań.

Je wiele potraw, ale nie lubi i nie chce jeść:

.....

Nie lubi jeść, jest „niejadkiem”.

Dziecko ma specjalne potrzeby związane z żywieniem, jakie

.....

.....

potrafi jeść samodzielnie

wymaga pomocy podczas posiłku

**Spanie\***

potrzebuje snu po posiłku

sypia dodatkowo w godzinach dopołudniowych

inne .....

**Zainteresowania, ulubione zabawy\***

Lubi bawić się.....

.....

Bardzo interesuje się.....

.....

### Inne informacje o dziecku

Prosimy o przekazanie tych informacji o dziecku, które uznacie Państwo za ważne.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(podpis rodziców lub opiekunów)

### 1. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **DECYZJA O PRZYJĘCIU DZIECKA DO KLUBU DZIECIĘCEGO- PRYZAKŁADOWEGO CENTRUM ZABAWY**

Porozumienie Pracodawcy tak/nie

.....

.....

.....

Komisja w składzie:

1.

2.

\*/ podkreślić odpowiedź lub udzielić jej pisemnie

3.

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej

w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego