|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO ŻŁOBKA GMINNEGO** | | | | | | | |
| **AKACJOWE MALUSZKOWO W ŚWIEBODZINIE** | | | | | | | |
| **NA ROK SZKOLNY 2025/2026** | | | | | | | |
| (Kartę wypełniają rodzice lub opiekunowie prawni dziecka. Kartę należy wypełnić drukowanymi literami. W przypadku, gdy | | | | | | | |
| pytanie wymaga udzielenia odpowiedzi, należy zakreślić odpowiednio TAK lub NIE.) | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Numer i adres placówki | | | |
|  |  |  |  |  | | | |
| Proszę o przyjęcie dziecka do Żłobka Gminnego | | | |
| Akacjowe Maluszkowo | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA** | | | | | | | |
| DANE OSOBOWE DZIECKA | | | | | | | |
| Imię |  | | | Drugie imię |  | | |
| Nazwisko |  | | | | | | |
| PESEL |  | | | | | | |
| Data urodzenia |  | | | Miejsce urodzenia |  | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA | | | | | | | |
| Ulica |  | | | Nr domu |  | Nr mieszkania |  |
| Kod pocztowy |  | | | Miejscowość | |  | |
| Gmina |  | | | Powiat |  | | |
| **KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH RODZICÓW DZIECKA/OPIEKUNÓW PRAWNYCH** | | | | | | | |
| DANE OSOBOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ | | | | | | | |
| Imię |  | | | Nazwisko |  | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA | | | | | | | |
| Ulica |  | | | Nr domu |  | Nr mieszkania |  |
| Kod pocztowy |  | | | Miejscowość | |  | |
| Gmina |  | | | Powiat |  | | |
| Telefon kontaktowy |  | | | | | | |
| MIEJSCE ZATRUDNIENIA LUB NAZWA SZKOŁY | | | | | | | |
| Nazwa firmy |  | | | | | | |
| Adres firmy |  | | | | | | |
| Telefon kontakt. |  | | | | | | |
| DANE OSOBOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO | | | | | | | |
| Imię |  | | | Nazwisko |  | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA | | | | | | | |
| Ulica |  | | | Nr domu |  | Nr mieszkania |  |
| Kod pocztowy |  | | | Miejscowość | |  | |
| Gmina |  | | | Powiat |  | | |
| Telefon kontaktowy |  | | | | | | |
| MIEJSCE ZATRUDNIENIA NAZWA SZKOŁY | | | | | | | |
| Nazwa firmy |  | | | | | | |
| Adres firmy |  | | | | | | |
| Telefon kontaktowy | |  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DANE DOTYCZĄCE RODZEŃSTWA DZIECKA ZGŁOSZONEGO DO GRUPY ŻŁOBKOWEJ** | | | | | | | |
| Imię |  | | Nazwisko |  | | Data urodzenia |  |
| Imię |  | | Nazwisko |  | | Data urodzenia |  |
| Imię |  | | Nazwisko |  | | Data urodzenia |  |
| Imię |  | | Nazwisko |  | | Data urodzenia |  |
| Imię |  | | Nazwisko |  | | Data urodzenia |  |
| Imię |  | | Nazwisko |  | | Data urodzenia |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU** | | | | | | | |
| Informacje o stanie zdrowia dziecka mogące mieć znaczenie podczas pobytu dziecka w grupie żłobkowej, np.. Alergie, przebyte choroby i inne.: | | | | | | | |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **KRYTERIA PRZYJĘĆ** | | | | | | | |  |
| 1. Dzieci rodziców oboje pracujących lub uczących się w systemie dziennym | | | | | | TAK | NIE |  |
|  |
| 2. Dzieci matek lub ojców samotnie je wychowujących, pracujących lub uczących się w systemie dziennym. | | | | | | TAK | NIE |  |
|  |
| 3. Dzieci matek lub ojców, wobec których orzeczono znaczny stopień niepełnosprawności bądź całkowitą niezdolność do samodzielnej egzystencji na podstawie odrębnych przepisów. | | | | | | TAK | NIE |  |
|  |
|  |
| 4. Dzieci wychowujące się w rodzinach zastępczych. | | | | | | TAK | NIE |  |
| 5. Dzieci z rodzin wielodzietnych (troje i więcej dzieci), których oboje rodzice pracują. | | | | | | TAK | NIE |  |
| 6. Dzieci, których rodzeństwo uczęszcza do żłobka do którego złożono wniosek. | | | | | | TAK | NIE |  |
|  |
| 7. Dziecko posiada obowiązkowe szczepienia ochronne | | | | | | TAK | NIE |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | → Trudna sytuacja rodzinna TAK/NIE | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Krótki opis sytuacji rodzinnej: | | | | | | | |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | → Jedno z rodziców jest pozbawione praw rodzicielskich TAK/NIE | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | → Dziecko znajduje się pod opieką lekarza specjalisty TAK/NIE | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jeśli TAK, wpisać specjalność lekarza i powód stałej opieki: | | | | | | | |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Deklaracja rodziców:** | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ۷ Zobowiązuję się do przestrzegania organizacji w żłobku. | | | | | | | |  |
| ۷ Zostałam/em poinformowany, że podczas pobytu dziecka w żłobku nie mogą być podawane żadne leki. | | | | | | | |  |
|  |
| ۷ Wyrażam zgodę na wykonywanie czynności pielęgnacyjnych przy moim dziecku oraz wyrażanie czułości poprzez przytulanie, głaskanie, tulenie do snu. | | | | | | | |  |
|  |
| ۷ Zobowiązuję się do powiadomienia dyrektora o rezygnacji z miejsca w żłobku z miesięcznym wyprzedzeniem. | | | | | | | |  |
|  |
| ۷ Deklaruję informować na bieżąco o zmianie mojego miejsca zamieszkania, pracy oraz numeru kontaktowego. | | | | | | | |  |
|  |
| ۷ Zobowiązuję się do terminowego uiszczania opłat związanych z pobytem dziecka w grupie żłobkowej zgodnie z obowiązującymi przepisami (do 10-tego każdego miesiąca). | | | | | | | |  |
|  |
| ۷ Przyprowadzania i odbierania dziecka w wyznaczonych godzinach. | | | | | | | |  |
| ۷ Przyprowadzania dziecka zdrowego. | | | | | | | |  |
| Jeżeli rodzice bądź opiekunowie prawni dziecka uchylają się od płacenia należności za pobyt dziecka w grupie żłobkowej oraz poświadczają niezgodność danych, podanych we wniosku, stanowi to podstawę do skreślenia dziecka z listy dzieci uczęszczających do żłobka. | | | | | | | |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pouczenia:** | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 kodeksu karnego oświadczam, że podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. | | | | | | | |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | | |  |  | |  |
| Data |  | Podpis matki/opiekunki prawnej | | |  | Podpis ojca/opiekuna prawnego | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Informacje zawarte w niniejszej Karcie Zgłoszenia stanowią tajemnicę służbową i materiał pomocniczy przy kwalifikacji dzieci do żłobka.* | | | | | | | |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Decyzja Komisji** | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1) dziecko zapisane do żłobka od dnia………………………….. | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | ……………………………………. | | |  |
|  |  |  |  |  | Podpis dyrektora | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2) dziecko niezapisane od dnia …………………………. z powodu ………………………. | | | | | | | |  |
| ……………………………………………………………………………………....…….….. | | | | | | | |  |