.....
(Miejscowość, data )

**Wniosek o przyjęcie dziecka do Punktu Opieki Dziennej w Ustrobnej**

## I. Dane osobowe kandydata i rodziców (opiekunów)

*(Tabelę należy wypełnić komputerowo lub czytelnie literami drukowanymi)*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Imię/Imiona i Nazwisko kandydata | | | |
| 2 | Data urodzenia kandydata oraz miejsce | | | |
| 3 | PESEL kandydata<br>*w przypadku braku PESEL serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość* | | | |
| 4 | Imię/Imiona i nazwiska rodziców kandydata | Matki | | |
| | | Ojca | | |
| 5 | Adres miejsca zamieszkania rodziców i kandydata | Kod pocztowy | | |
| | | Miejscowość | | |
| | | Ulica | | |
| | | Numer domu /numer mieszkania | | |
| 6 | Adres poczty elektronicznej i numery telefonów rodziców kandydata - o ile je posiadają | Matki | Telefon do kontaktu | |
| | | | Adres poczty elektronicznej | |
| | | Ojca | Telefon do kontaktu | |
| | | | Adres poczty elektronicznej | |

## II. Deklaracja

Dziecko będzie uczęszczało do Punktu od dnia.....

Dziecko będzie uczęszczało w godzinach od ..... do .....

## III. Informacja o złożeniu wniosku o przyjęcie kandydata do publicznych/ niepublicznych jednostek prowadzących opiekę żłobkową

Jeżeli wnioskodawca skorzystał z prawa składania wniosku o przyjęcie kandydata do więcej niż jednej publicznej/niepublicznej jednostki, zobowiązany jest wpisać ich nazwy i adresy w kolejności od najbardziej do najmniej preferowanych

1. Pierwszy wybór

.....

2. Drugi wybór

.....

3. Trzeci wybór

.....

# KARTA INFORMACYJNA O DZIECKU

## 1. DANE DZIECKA

Imię i nazwisko

.....

## 2. WAŻNE INFORMACJE O DZIECKU

1. Alergie (wymienić szczegółowo znane zagrożenia w kategoriach uczuleń pokarmowych i wziewnych):

……

…….....

2. Zalecenia dotyczące diety

.....

.....

3. Choroby przewlekłe:

……

4. Wady wrodzone:

…….....

5. Leki przyjmowane na stałe:

…….....…

6. Przebyte choroby zakaźne

.....

7. Czy dziecko jest podatne na przeziębienia

.....

8. Potrzeby fizjologiczne (proszę zaznaczyć najbardziej pasującą odpowiedź):

- Dziecko samodzielnie korzysta z nocnika/toalety;
- Dziecko z pomocą opiekuna korzysta z nocnika/ toalety jednak nadal nosi pieluchę);
- Dziecko nie potrafi jeszcze korzystać z nocnika/toalety (nosi pieluchę);

9. Sen (proszę zaznaczyć najbardziej pasującą odpowiedź):

- Dziecko nie potrzebuje popołudniowej drzemki;
- Dziecko nie zawsze sypia, jednak sygnalizuje kiedy jest zmęczone i ma ochotę się położyć;
- Dziecko zawsze śpi po obiedzie;

10. Dziecko korzysta ze smoczka (proszę zaznaczyć najbardziej pasującą odpowiedź):

- Tak
- Nie
- Tak, ale tylko do snu

11. Czy Dziecko pije mleko modyfikowane

- Nie
- Tak (ile razy dziennie, o jakich porach)

12. Ulubione zajęcia dziecka

.....

.....

13. Ulubione potrawy dziecka

.....

.....

14. Czego dziecko nie lubi jeść

.....

.....

15. Czy Dziecko było wcześniej pozostawiane pod opieką osób trzecich: żłobek, klub malucha. niania:

- Tak
- Nie

16. Jeśli tak, jak Dziecko zareagowało na rozstanie z rodzicami:

……

…….....

17. W sytuacji kiedy Dziecko jest smutne, zdenerwowane lub tęskni za Rodzicami najlepiej je rozweselić (np. ulubiona zabawka, piosenka, książeczka):

……

…….....

18. Inne informacje o Waszym dziecku, jakie uważacie Państwo za istotne

.....

…….....

**3. SUGESTIE RODZICÓW ODNOŚNIE SPRAWOWANIA OPIEKI NAD DZIECKIEM**

……

……

Miejscowość i data …….....

Podpis rodzica/opiekuna…….....…

Podpis rodzica/opiekuna…….....…….....……