FORMULARZ REJESTRACYJNY DZIECKA

Punkt Przedszkolny Chuchaczek
UL. VIVALDIEGO 34/1
52-129 WROCŁAW
NIP: 8421527068
TEL. 608-708-944

---

1. DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA

Imię i Nazwisko ……..……
Data Urodzenia ……
Miejsce Zamieszkania ……
Nr PESEL ……
Rodzeństwo i ich daty urodzenia
.....

2. DANE KONTAKTOWE RODZICÓW

Imię i Nazwisko Matki/Opiekuna .....
zawód/ miejsce pracy.....
Tel. komórkowy / służbowy:……..……..…
Tel. domowy:…...…….……..…
e-mail: ……
Imię i Nazwisko Ojca/Opiekuna.....
zawód/miejsce pracy.....
Tel. komórkowy/ służbowy:……
Tel. domowy:…...…….……...…
e-mail: ……..…

3. KONTAKT W NAGŁYCH WYPADKACH (inny niż w/w):

Imię i Nazwisko……
Telefon kontaktowy…….....
Stopień pokrewieństwa…….....

4. UPOWAŻNIENIE DO DZIAŁANIA W NAGŁYCH WYPADKACH

Lekarz rodzinny lub pediatra

Nazwisko: ……..……
Tel.: ……..……..
Adres
przychodni: .....
.....

Upoważnienia

W nagłym wypadku, dziecko chore lub po wypadku będzie przewiezione przez pogotowie ratunkowe do szpitala, a jeżeli stan zdrowia na to pozwoli poczeka na osobę upoważnioną do odebrania go z przedszkola.
Postępowanie w razie wypadku:
Wyrażam zgodę na to, by personel udzielił pomocy przedmedycznej w razie potrzeby.
TAK NIE **(*)**

Podpis Rodzica lub osoby upoważnionej

5. PRZEWIDYWANE GODZINY POBYTU DZIECKA :

……

6. CHOROBY

Czy dziecko jest leczone? Jeśli tak to na co?

….....

Przyjmowane leki

….....

Czy dziecko jest uczulone? Jeśli tak to na co?

….....

7. CZY DZIECKO MA SPECJALNE POTRZEBY ROZWOJOWE(opinia, orzeczenia,

wymaga opieki specjalisty, rehabilitanta, terapeuty, np. orzeczenie o wczesnym wspomaganiu rozwojuitp.).**.....**

.....

8. STOPIEŃ SAMODZIELNOŚCI DZIECKA*:

sygnalizuje i załatwia potrzeby fizjologiczne:

-samodzielnie -z pomocą opiekuna (proszę opisać jak) -nosi pieluszkę

jedzenie:

-je samodzielnie łyżką/widelcem -jest karmione przez opiekuna

ubieranie:

-potrafi ubrać się samodzielnie	-stara się ubierać samodzielnie ale potrzebuje pomocy	-nie ubiera się samodzielnie

* właściwe podkreślić

9. INNE WAŻNE INFORMACJE NA TEMAT PAŃSTWA DZIECKA

(proszę jak najbardziej szczegółowo opisać upodobania dotyczące usposobienia dziecka, pory i sposobu zasypiania, cechy charakteru, zasady obowiązujące w domu ulubione zabawy,upodobania kulinarne, czego nie może jeść, skłonności do infekcji, zachowania nietypowe, specyficzne słownictwo etc.)

……

……

……

……

……

……

……

……

10 OSOBY UPOWAŻNIONE DO ODBIERANIA PAŃSTWA DZIECKA

imię i nazwisko.....……

Stopień pokrewieństwa .....

Nr dowodu osobistego lub innego dokumentu .....

Telefon kontaktowy

……

11. ZAJĘCIA DODATKOWE *

Sportowe TAK NIE

Katecheza TAK NIE

dodatkowe język obcy/ jaki? TAK NIE

Eksperymenty TAK NIE

Ceramika TAK NIE

Plastyka TAK NIE

* właściwe podkreślić

12. INNE ZAJĘCIA DODATKOWE

Czy chcieliby Państwo aby Wasze dziecko brało udział w innych zajęciach dodatkowych? Jeśli tak to proszę wymienić w jakich.

……

……

13. Z JAKIEGO ŹRÓDŁA DOWIEDZIELI SIĘ PAŃSTWO O PRZEDSZKOLU "CHUCHACZEK"?

….....

.....

Data i podpis Rodzica/Opiekuna

……..….

Pieczątka i podpis Usługodawcy

…….…...