# FORMULARZ REJESTRACYJNY DZIECKA

Punkt Przedszkolny Chuchaczek

UL. VIVALDIEGO 34/1

52-129 WROCŁAW

NIP: 8981582074

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.

Jeżeli życzycie sobie Państwo, by dziecko zostało odwiezione do wskazanego przez Was szpitala prosimy podać jego nazwę i adres poniżej:

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

Postępowanie w razie wypadku:

Wyrażam zgodę na to, by ekipa pedagogiczna udzieliła pierwszej pomocy 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(*wymaga opieki specjalisty, rehabilitanta, terapeuty, ma orzeczenie o wczesnym wspomaganiu rozwoju itp.).****.........................................................................................................................*.......................................................................................................................................................................................

**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 -nie ubiera się

 ale potrzebuje pomocy samodzielnie

\* właściwe podkreślić

## 9. INNE WAŻNE INFORMACJE NA TEMAT PAŃSTWA DZIECKA

(proszę jak najbardziej szczegółowo opisać upodobania dotyczące jedzenia, 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**

\* 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

…………………………………………………….…...