

**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA**  
**DO ŻŁOBKA SAMORZĄDOWEGO W PILAWIE**

**1. Dane identyfikacyjne dziecka:**

- Imię i nazwisko .....
- Data i miejsce urodzenia.....
- Pesel .....
- Adres zameldowania.....  
.....  
.....
- Adres zamieszkania (jeśli jest inny niż zameldowania).....  
.....  
.....

**2. Dane kontaktowe rodziców/opiekunów prawnych**

- Imię i nazwisko Mamy/Opiekuna.....
- Data urodzenia.....
- Pesel.....
- Dowód osobisty: numer i seria.....
- Tel. komórkowy.....
- Tel. domowy.....
- Tel. służbowy.....
- E-mail.....
- Adres zamieszkania.....  
.....  
.....
- Imię i nazwisko Taty/Opiekuna.....
- Data urodzenia.....
- Pesel.....
- Dowód osobisty: numer i seria.....
- Tel. komórkowy.....
- Tel. domowy.....
- Tel. służbowy.....

- E- mail.....
- Adres zamieszkania.....
- .....
- .....

**3. Kontakt w nagłych wypadkach inny niż Rodziców:**

- Imię i nazwisko.....
- Tel. kontaktowy.....
- Stopień pokrewieństwa.....

**4. Informacje o zapisie:**

- Godziny przebywania dziecka w Żłobku.....

**Informacje dotyczące zdrowia dziecka**

1. Czy dziecko często choruje (na jakie choroby)?.....

.....

.....

2. Jak dziecko reaguje w razie wysokiej temperatury (np. drgawki)?.....

.....

.....

3. Czy dziecko przechodziło choroby:

- a) różyczka..... b) ospa..... c) świnka.....
- d) inne: .....

4. Czy u dziecka występują przewlekłe problemy zdrowotne (jakie)? .....

.....

.....

5. Czy dziecko jest alergikiem(alergie żywieniowe, na leki, inne)? Jeśli tak, to proszę o podanie jaki to typ alergii i na co?.....

.....

.....

6. Czy dziecko legitymuje się orzeczeniem o niepełnosprawności, a jeżeli tak to jakim?

.....

.....

**W sytuacji występowania u Państwa dziecka reakcji anafilaktycznych na alergeny wziewne, ukąszenia lub inne prosimy o dostarczenie od lekarza, instrukcji postępowania z dzieckiem.**

7. Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej (jeśli tak, proszę podać nazwę poradni)?.....

- Które z zaleceń specjalistów powinny być wypełniane również w Żłobku:....

.....  
.....

8. Urazy, które mają/mogą mieć wpływ na aktualne zdrowie dziecka:.....

.....  
.....

9. Czy dziecko miewa utraty przytomności, omdlenia, drgawki (jak często, z jakiej przyczyny)?.....

.....

10. Czy dziecko przyjmuje leki (jakie)?.....

.....

11. Czy w rozwoju dziecka występowały/występują jakieś zaburzenia/nieprawidłowości? Jeśli tak to jakie?.....

.....

.....

**Informacje dodatkowe o dziecku**

1. Jak dziecko jest nazywane przez najbliższych?.....

2. Czy dziecko łatwo rozstaje się z bliskimi? Jak reaguje?.....

.....

3. Jak często dziecko ma kontakt z innymi dziećmi?

CZĘSTO                      SPORADYCZNIE                      NIE MA KONTAKTU

4. Czy dziecko ma rodzeństwo? W jakim wieku?.....

.....

5. Karmienie(proszę zakreślić odpowiedź):

- Dziecko trzeba karmić TAK/NIE

- Zaczyna jeść samodzielnie, czasem potrzebuje pomocy TAK/NIE
- Je samodzielnie TAK/NIE
- Zjada wszystko TAK/NIE
- Jest niejadkiem TAK/NIE
- Czy w przypadku odmowy przez dziecko zjedzenia posiłku, należy je namówić do jedzenia? TAK/NIE

- Co najbardziej dziecko lubi jeść?

6. Czy dziecko potrafi sygnalizować (za pomocą słów, gestów) następujące potrzeby, w jaki sposób?

- chce jeść: TAK/NIE jak?.....
- chce spać: TAK/NIE jak?.....
- coś je boli: TAK/NIE jak?.....
- chce skorzystać z toalety: TAK/NIE jak?.....

7. Czy dziecko śpi w ciągu dnia? W jakich godzinach? Jak długo? Jakie ma przyzwyczajenia związane ze snem?.....  
.....

8. Co dziecko najbardziej lubi robić( proszę podkreślić)?

rysować, malować, lepić z plasteliny, budować z klocków, słuchać bajek, oglądać książeczki, tańczyć, biegać, inne:.....

9. Które z poniżej wymienionych cech charakteryzują Państwa dziecko (proszę podkreślić):

wesołe, spokojne, ruchliwe, nadpobudliwe, płaczliwe, odważne, wrażliwe, lękliwe, zamknięte w sobie, inne:.....

10. Jak Państwa dziecko reaguje na ból?.....  
.....

11. Jak Państwa dziecko zachowuje się gdy się złości?

Płacz, krzyk, rzucanie na ziemię, bicie, obrażanie, inne:.....  
.....

12. Jaki jest najlepszy sposób na postępowanie z Państwa dzieckiem w czasie napadu złości?.....  
.....

13. Czy jest coś/ktoś czego państwa dziecko się boi? W jaki sposób reaguje?.....  
.....

**14.** Czy dziecko posiada rodzeństwo, jeśli tak, to proszę o podanie liczby i wieku rodzeństwa:.....  
.....

**15.** Inne informacje ważne dla postępowania z dzieckiem:.....  
.....  
.....

Ramowy plan dnia dziecka:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## **Osoby upoważnione do odebrania dziecka**

1. Imię i nazwisko.....  
Stopień pokrewieństwa.....  
Telefon kontaktowy.....  
Numer telefonu.....
  
2. Imię i nazwisko.....  
Stopień pokrewieństwa.....  
Telefon kontaktowy.....  
Numer telefonu.....
  
3. Imię i nazwisko.....  
Stopień pokrewieństwa.....  
Telefon kontaktowy.....  
Numer telefonu.....

Personel Żłobka zastrzega sobie prawo do wylegitymowania osoby upoważnionej do odbioru dziecka.

Oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą i zobowiązuję się do powiadomienia Żłobka Samorządowego w Pilawie o każdej ich zmianie.

Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych przez Żłobek Samorządowy w Pilawie w celach związanych z przyjęciem i pobytem w Żłobku mojego dziecka, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r.

.....

.....  
*Podpis Rodziców/opiekunów*

.....  
*Podpis dyrektora Żłobka*