Wniosek o przyjęcie dziecka do

Terapeutycznego Przedszkola „SENSE”

ul. Miodowa 55

71-497 Szczecin

Data wpływu wniosku:………………………………………………………………………………………………………….........

**DANE DZIECKA**

1. Imiona i nazwisko dziecka:………………………………………………………………………………………………
2. Adres zameldowania:………………………………………………………………………………………………………
3. Adres zamieszkania dziecka:……………………………………………………………………………………………..
4. Data i miejsce urodzenia:………………………………………………………………………………………………….
5. PESEL:……………………………………………………………………………………………………………………………….
6. Od kiedy dziecko będzie uczęszczało do przedszkola:……………………………………………………….

**DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| MATKA/OPIEKUNKA | OJCIEC/OPIEKUN |
| 1. Imię i nazwisko matki:
 | 1. Imię i nazwisko ojca:
 |
| 1. Adres zameldowania:
 | 1. Adres zameldowania:
 |
| 1. Adres zamieszkania:
 | 1. Adres zamieszkania:
 |
| 1. PESEL oraz nr i seria dowodu osobistego:
 | 1. Pesel oraz nr i seria dowodu osobistego:
 |
| 1. Dane kontaktowe:

Telefon: Adres email: | 1. Dane kontaktowe:

Telefon: Adres email: |

1. Informacja o ograniczeniu praw rodzicielskich:…………………………………………………………………
2. Informacje dotyczące miejsca pracy rodziców/opiekunów:………………………………………………

MATKA:…………………………………………………………………………………………………………………………….

OJCIEC:………………………………………………………………………………………………………………………….....

**OŚWIADCZENIE O POBYCIE DZIECKA W PRZEDSZKOLU:**

Oświadczam, że dziecko będzie korzystać z opieki Przedszkola w dniach i godzinach:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**OŚWIADCZENIE W PRZYPADKU UPOWAŻNIENIA INNYCH OSÓB DO PRZYPROWADZANIA I ODBIORU DZIECKA Z PRZEDSZKOLA:**

Do odbioru z Przedszkola dziecka……………………………………………..upoważniam następujące osoby:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko: | Adres zamieszkania: | Seria i nr dowoduosobistego: | Telefon kontaktowy: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Bierzemy na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo odebranego dziecka od momentu jego odbioru przez wskazaną powyżej, upoważnioną przez nas osobę.

 ………………………………………………… …………………………………………

 Podpis rodzica/opiekuna Podpis rodzica/opiekuna

**ZOBOWIĄZANIE DOTYCZĄCE UISZCZANIA OPŁAT ZA POBYT DZIECKA W PRZEDSZKOLU**

Ja, niżej podpisany(a) zobowiązuję się do regularnego i terminowego dokonywania opłat związanych z korzystaniem przez moje dziecko z Przedszkola w wysokości ustalonej w umowie.

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

(data) (czytelny podpis rodzica/opiekuna)

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OCHRONY DANYCH ODOBOWYCH**

W związku z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r. nr 101 poz.926 z póź.zm) wyrażam zgodę na wyrażam zgodę na wykorzystanie danych moich oraz dziecka w sprawach związanych z opieką przedszkolną.

Zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym potwierdzam własnoręcznym podpisem.

………………………………… ………………………………………………………….

(miejscowość i data) (podpis rodzica/opiekuna prawnego)

**DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU, MOGĄCE WPŁYWAĆ NA JEGO FUNKCJONOWANIE W PRZEDSZKOLU:**

1. Rodzaj niepełnosprawności:
2. Mocne strony dziecka:
3. Słabe strony dziecka:
4. Czy dziecko ma alergie? Jeśli tak to na co?
5. Czy dziecko jest na diecie?
6. Dodatkowe informacje, które są według Państwa dla nas przydatne:
7. Bardzo prosimy o opisanie w kilku zadaniach Państwa oczekiwań od naszego Przedszkola. Chcielibyśmy wiedzieć na czym zależy Państwu najbardziej w czasie pobytu dziecka pod naszą opieką i jakich rezultatów spodziewacie się Państwo ?