**KARTA ZAPISU DZIECKA NA DYŻUR WAKACYJNY OD 09-20 SIERPNIA 2021r.**

(Kartę należy wypełnić drukowanymi literami. W przypadku gdy pytanie wymaga udzielenia odpowiedzi, należy podkreślić odpowiednio TAK lub NIE).

|  |
| --- |
| **Proszę o przyjęcie mojego dziecka do przedszkola:** |
| **Adres placówki:**  **Publiczne Przedszkole Samorządowe w Zespole Szkół im. Powstańców Wielkopolskich w Baranowie „Barankowo” ul. Jana Pawła II 2a** |

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE DZIECKA** | | | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| **NAZWISKO** |  | | | **IMIĘ** | | |  | | | **DRUGIE IMIĘ** | |  | | |
| **Data Urodzenia** |  | | | | | **Miejsce urodzenia** | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA** | | | |
| **Województwo** |  | | |
| **Kod Pocztowy** |  | **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  | **Nr Domu** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA**  (wypełnić w przypadku, kiedy adres zameldowania jest inny od adresu zamieszkania) | | | |
| **Województwo** |  | | |
| **Kod Pocztowy** |  | **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  | **Nr Domu** |  |

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** | | | | | | | |
| **NAZWISKO** | |  | | **IMIĘ** | |  | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** | | | | | | | |
| **Województwo** | |  | | | | | |
| **Kod Pocztowy** | |  | | **Miejscowość** | |  | |
| **Ulica** | |  | | **Nr Domu** | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
| **ADRES ZAMELDOWANIA MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ**  (wypełnić w przypadku, kiedy adres zameldowania jest inny od adresu zamieszkania) | | | | | | | |
| **Województwo** | |  | | | | | |
| **Kod Pocztowy** | |  | | **Miejscowość** | |  | |
| **Ulica** | |  | | **Nr Domu** | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
| **TELEFONY KONTAKTOWE , MIEJSCA PRACY I KRYTERIUM DOCHODOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** | | | | | |
| **Tel. Kontaktowy:** | | **Praca:** | | **dochód brutto:** | |

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** | | | |
| **NAZWISKO** |  | **IMIĘ** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** | | | |
| **Województwo** |  | | |
| **Kod Pocztowy** |  | **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  | **Nr Domu** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ADRES ZAMELDOWANIA OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO**  (wypełnić w przypadku, kiedy adres zameldowania jest inny od adresu zamieszkania) | | | |
| **Województwo** |  | | |
| **Kod Pocztowy** |  | **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  | **Nr Domu** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TELEFONY KONTAKTOWE , MIEJSCA PRACY I KRYTERIUM DOCHODOWE OJCA/OPIEKUNUNA PRAWNEGO** | | |
| **Tel. Kontaktowy:** | **Praca:** | **dochód brutto:** |

|  |
| --- |
| **POBYT DZIECKA** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POBYT DZIECKA W PZREDSZKOLU Proszę zakreślić odpowiednio TAK lub NIE** | | | |
| **Pobyt ponad podstawę programową** | **Od godz. 6.30-8.00** | **□ TAK** | **□ NIE** |
| **Dzienny pobyt dziecka w zakresie podstawy programowej** | **Od godz. 8.00-13.00** | **□ TAK** | **□ NIE** |
| **Dzienny pobyt dziecka w przedszkolu w zakresie przekraczającym realizację podstawy programowej** | **Od godz. 13.00-14.00** | **□ TAK** | **□ NIE** |
| **Od godz. 14.00-15.00** | **□ TAK** | **□ NIE** |
| **Od godz. 15.00-16.00** | **□ TAK** | **□ NIE** |
| **Od godz. 16.00 –16.15** | **□ TAK** | **□ NIE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU** | | |
| **Dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego** | **□ TAK** | **□ NIE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Informacja o stanie zdrowia dziecka, która może mieć znaczenie podczas pobytu dziecka w przedszkolu np. stałe choroby, wady, alergie itp.** | | |
|  | | |

**…………………………………… ...………………………………**

***podpis matki/opiekunki prawnej podpis ojca/opiekuna prawnego***