

KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO NIEPUBLICZNEGO PRZEDSZKOLA
„ZAKĄTEK MARZEŃ” PRZY UL. DŁUGIEJ 84 W BĘDZINIE
TEL. 795 748 435
E-MAIL: DYREKTOR@ZAKATEKMARZEN.PL

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA

PESEL.....

ADRES ZAMIESZKANIA

ADRES ZAMELDOWANIA.....

DATA I MIEJSCE URODZENIA

GODZINY POBYTU DZIECKA W PRZEDSZKOLU: OD **DO**

POSIŁKI (ŚNIADANIE, DRUGIE ŚNIADANIE, OBIAD, PODWIECZOREK) – PROSZĘ WYMIENIĆ:

.....

I. DANE DOTYCZĄCE RODZICÓW/OPIEKUNÓW

	MATKA	OJCIEC
NAZWISKO, IMIĘ
NR DOWODU OSOBISTEGO
MIEJSCE PRACY
GODZINY PRACY

RODZEŃSTWO (proszę podać imiona i rok urodzenia):

.....

RODZINA:

NUMERY TELEFONÓW KONTAKTOWYCH:

.....

II. DODATKOWE WAŻNE INFORMACJE O DZIECKU (choroby, wady rozwojowe, alergię):

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

III. ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO:

- przestrzegania postanowień statutu przedszkola,
- podawania do wiadomości przedszkola jakichkolwiek zmian w podanych wyżej informacjach,
- regularnego uiszczania w wyznaczonym terminie opłat z tytułu korzystania dziecka z przedszkola zgodnie z uchwałami Rady Miasta i Gminy,
- przyprowadzania i odbierania dziecka z przedszkola osobiście lub przez osobę dorosłą, zgłoszoną nauczycielce na piśmie zapewniającą dziecku bezpieczeństwo,
- przyprowadzania do przedszkola wyłącznie zdrowego dziecka,
- uczestniczenia w zebraniach rodziców,
- do 10. każdego miesiąca regularnie uiszczać opłaty za przedszkole i za wyżywienie dziecka oraz informować o chorobach zakaźnych występujących u dziecka.**
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie zgłoszenia w celu realizacji zadań statutowych przedszkola.

Data

Podpis czytelny matki: ojca:

OSOBY UPOWAŻNIONE DO ODBIORU DZIECKA:

1.....

2.....

3.....

4.....