

**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA  
DO SŁONECZNIKOWEGO PRZEDSZKOLA W KOBYLNICY  
NA ROK SZKOLNY 2023/2024**

**1. Dane osobowe Dziecka**

DANE DZIECKA	
Nazwisko	
Imię	
Drugie imię	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
Numer PESEL	

ADRES ZAMIESZKANIA		ADRES ZAMELDOWANIA
Województwo		
Gmina		
Powiat		
Miejscowość		
Ulica		
Nr domu/ lokalu		
Kod pocztowy / poczta		

**2. Dane osobowe Rodziców**

DANE MAMY/opiekuna prawnego		DANE TATY/opiekuna prawnego
Imię i nazwisko		
Pesel		
Nr dowodu osobistego		
Miejscowość		
Ulica		
Nr domu/lokalu		

Kod pocztowy/ poczta		
Miejsce pracy		
Telefon do pracy		
Telefon kontaktowy		
E-mail kontaktowy		

### 3. Informacje o dziecku

<b>INFORMACJE PODSTAWOWE</b>	
Dziecko 2,5 – 5 letnie:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Orzeczenie o potrzeba kształcenia specjalnego ( dokument)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Orzeczenie o niepełnosprawności (dokument)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Dziecko spoza gminy:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Posiada opinię o wczesnym wspomaganiu rozwoju:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Dziecko rodzica samotnie je wychowującego:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Dziecko rodziców niepełnosprawnych:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy dziecko jest chore na cukrzycę:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy dziecko jest chore na epilepsję:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy dziecko jest na diecie bezglutenowej:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Inne choroby dziecka:	
Specjalna dieta:	
Upoważnieni do odbioru dziecka: ( imię i nazwisko osoby- nr telefonu)	1..... 2..... 3.....

### 5. Informacje dotyczące rodziny

Jedno z rodziców/opiekunów pracuje:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Obydwoje z rodziców/opiekunów pracuje:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Skład rodziny:	<input type="checkbox"/> Pełna <input type="checkbox"/> Niepełna <input type="checkbox"/> Zrekonstruowana
Liczba dzieci w rodzinie: ( łącznie ):	
Opiekę nad dzieckiem sprawuje:	<input type="checkbox"/> Oboje rodziców <input type="checkbox"/> Matka <input type="checkbox"/> Ojciec <input type="checkbox"/> Dziadkowie <input type="checkbox"/> Inna osoba .....
Dziecko najwięcej czasu spędza z:	<input type="checkbox"/> Obojgiem rodziców <input type="checkbox"/> Matką <input type="checkbox"/> Ojcem <input type="checkbox"/> Dziadkami <input type="checkbox"/> Inną osobą .....
Inne ważne informacje o dziecku	

**Informuję, że:**

- Oświadczam, że zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 Ustawy z 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych /Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zmianami/ wyrażam zgodę na przechowywanie powyższych danych osobowych przez Fundację Kaszubskie Słoneczniki zgodnie z ustawą /rozd. 4/ mam prawo do wglądu i aktualizowania ww. danych.

Data..... Podpisy Rodziców/ Opiekunów .....