

NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE SIÓSTR MIŁOSIERDZIA

ŚW. WINCENTEGO A'PAULO W KARTUZACH

ul. Gdańska 12 / tel. 58 681 19 75

KARTA ZGŁOSZENIA

Proszę o przyjęcie dziecka do przedszkola w roku szkolnym / od dnia - - r.

DANE DZIECKA

PESEL	Imię	Drugie imię	Nazwisko
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data urodzenia	Miejsce urodzenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adres zamieszkania dziecka

Kod pocztowy	Miejscowość	ulica	nr domu	nr lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adres zameldowania dziecka na pobyt stały (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy	Miejscowość	ulica	nr domu	nr lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DANE RODZICÓW / PRAWNYCH OPIEKUNÓW

Dane i adres matki / prawnej opiekunki

Imię	Nazwisko	Tel. kontaktowy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kod pocztowy	Miejscowość	ulica	nr domu	nr lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adres eMail

Nazwa zakładu pracy

Dane i adres ojca / prawnego opiekuna

Imię	Nazwisko	Tel. kontaktowy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kod pocztowy	Miejscowość	ulica	nr domu	nr lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adres eMail

Nazwa zakładu pracy

Inne osoby dorosłe upoważnione do systematycznego odbierania dziecka z przedszkola

IMIĘ	NAZWISKO	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA	TEL. KONTAKTOWY

W przypadku odbioru dziecka przez inne osoby nie wymienione wyżej, wymagane jest oddzielne oświadczenie.

INFORMACJE DODATKOWE

proszę zaznaczyć "X" przy właściwej odpowiedzi

TAK

NIE

1. Dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności W przypadku niepełnosprawności, wad rozwojowych, alergii prosimy o dołączenie zaświadczeń lekarskich.		
2. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania logopedycznego		
3. Wyrażam zgodę na udział dziecka w zajęciach dodatkowych		
4. Wyrażam zgodę na udostępnianie wizerunku dziecka		
5. Proszę podać sposób dokonywania opłat za przedszkole (przelew, gotówka)		

- Oświadczam/y, że dane zawarte w niniejszej karcie są zgodne ze stanem faktycznym i jestem/śmy świadom(a)/i odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Zobowiązuję/my się do informowania dyrekcji przedszkola o każdorazowej zmianie powyższych danych. Zobowiązuję/my się zapoznać i przestrzegać Statutu i Regulaminu przedszkola.
- Dane osobowe podlegają ochronie. Będą wykorzystywane w celach statystycznych i sprawach związanych z opieką przedszkolną nad dzieckiem oraz do rozliczania zobowiązań finansowych wobec przedszkola. Przetwarzanie danych odbywać się będzie zgodnie z RODO (Rozporządzenie o Ochronie Danych Osobowych).
Zostałam/em pouczona/y o prawie wglądu do moich / naszych danych oraz zmiany tych danych. Oświadczam/y, że wyrażam/y zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w karcie.
- W przypadku urlopowania dziecka na jeden miesiąc kalendarzowy możliwe odliczenie jest opłaty stałej – zgłoszenia należy dokonać do 28 dnia miesiąca poprzedzającego urlopowanie.

Podpis matki/opiekunki i ojca/opiekuna

Data przyjęcia zgłoszenia:

(wypełnia Przedszkole)

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do przyjęcia dziecka do przedszkola

--