

# Karta zgłoszenia dziecka do żłobka

Nr ..... przy ul. ....

## I. DZIECKO

1. Imię i nazwisko ..... 2. Data urodzenia .....
3. PESEL ..... 4. Adres zamieszkania .....

## II. RODZICE/OPIEKUNOWIE

- | matka  | ojciec                                       |
|--|--|
| 1. Imię i nazwisko<br>.....                  | 1. Imię i nazwisko<br>.....                  |
| 2. Miejsce zamieszkania i telefon<br>.....   | 2. Miejsce zamieszkania i telefon<br>.....   |
| 3. Miejsce pracy i telefon<br>.....<br>..... | 3. Miejsce pracy i telefon<br>.....<br>..... |
| 4. Zawód wykonywany<br>.....                 | 4. Zawód wykonywany<br>.....                 |

## III. RODZEŃSTWO

1. Imię oraz wiek
- a) ..... b) .....
- c) ..... d) .....

## IV. POBYT DZIECKA W ŻŁOBKU

1. Prosimy o określenie:
- a) okres, w którym dziecko będzie uczęszczało do żłobka .....
- b) w jakie dni tygodnia .....
- c) ilość godzin dziennie ..... w jakich godzinach od ..... do .....
- d) rodzaju posiłków, z których dziecko będzie korzystało: (Prosimy o zakreślenie)  
- śniadanie, - II śniadanie, - obiad, - podwieczerek,
- e) rodzaju diety - jeśli taka jest stosowana. Szczegółowe określenie przeciwwskazań w zakresie żywienia udokumentowane zaświadczeniem lekarskim dostarczonem przy podpisywaniu umowy.
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**V. OŚWIADCZENIA RODZICA/OPIEKUNA :**

Oświadczam, że:

1. równocześnie złożyłam/em kartę zgłoszenia do żłobka Nr .....
2. zostałam/em poinformowana/ny, że w trakcie pobytu dziecka w żłobku nie mogą być podawane dziecku żadne leki z wyjątkiem przeciwgorączkowych. .
3. w przypadku wystąpienia objawów chorobowych u mojego dziecka należy skontaktować się z:

	imię i nazwisko	telefon
a)	.....	.....
b)	.....	.....
c)	.....	.....

4. w razie zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka wyrażam zgodę na podjęcie działań medycznych, w tym przewiezienie do szpitala i bezwzględne powiadomienie jednej z osób wymienionych wyżej

5. moje dziecko może być odebrane przez\*:

	imię i nazwisko	adres zamieszkania	stopień pokrewieństwa	telefon
a)	.....	.....	.....	.....
b)	.....	.....	.....	.....
c)	.....	.....	.....	.....

\* uwaga: dziecko może być odebrane tylko przez osobę pełnoletnią.

Łódź, dnia .....

.....  
podpis rodzica/opiekuna

Informacje zostaną wykorzystane do organizacji i planowania pracy z Państwa Dzieckiem.

Zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz.U. Nr 101 z 2002 r. poz.926 z późn. zmianami) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich i uczęszczającego do żłobka dziecka, danych osobowych wyłącznie dla potrzeb wewnętrznych (cele statutowe) Miejskiego Zespołu Żłobków w Łodzi

Łódź, dnia .....

.....  
podpis rodzica/opiekuna

**VI. ADNOTACJE KIEROWNIKA DOTYCZĄCE ZAPISU/WYPISU DZIECKA**

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

.....  
data

.....  
kierownik żłobka