

Żłobek Nr.....

### Karta informacyjna o dziecku

1. Imię i nazwisko .....
2. Data urodzenia.....PESEL.....
3. Adres Poradni Lekarza Pierwszego Kontakt..... tel.....
4. Lekarz Pierwszego Kontakt (pediatra).....
5. Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej :   tak                    nie   
Jeżeli tak to:
  - a) nazwa poradni .....
  - b) przyczyna opieki specjalistycznej .....
  - .....
  - .....
  - .....
6. Czy dziecko jest uczulone :   tak    nie   
Jeżeli tak to na co : .....
- .....
- .....
7. Jak dziecko reaguje w razie wysokiej temperatury:
  - a) drgawkami   tak    nie
  - b) inne objawy .....
8. Czy dziecko miało utraty przytomności ?           tak    nie 
  - a) jeśli tak to jak często .....
  - b) z jakiej przyczyny .....
9. Informacja o państwa dziecku:
  - a) sprawnie chodzi: tak            nie                    b) sprawnie biega: tak            nie
  - c) wymaga pomocy przy: jedzeniu tak            nie            myciu rączek i buzi tak            nie   
ubieraniu, rozbieraniu tak            nie
  - d) sygnalizuje potrzeby fizjologiczne   tak            nie
  - e) komunikuje się za pomocą: (Prosimy o zakreślenie)  
- gestów i mimiki           - używa pojedynczych wyrazów           - buduje proste zdania
  - f) w nowych sytuacjach dziecko jest : (Prosimy o zakreślenie)  
- onieśmiałe                   - swobodne                   - zaniepokojone  
- inne, jakie? .....
  - g) usypia : (Prosimy o zakreślenie)   - przed obiadem   - po obiedzie   - samo   - w obecności osoby dorosłej
  - h) przyzwyczajenia, które ułatwiają dziecku zaśnięcie:  
.....  
.....
10. Spostrzeżenia o dziecku, którymi chcielibyście Państwo podzielić się z nami:  
.....  
.....  
.....  
.....

11. OŚWIADCZENIA RODZICA/OPIEKUNA :

Oświadczam, że:

11.1. zostałam/em poinformowana/ny, że w trakcie pobytu dziecka w żłobku nie mogą być podawane dziecku żadne leki.

11.2. w przypadku wystąpienia objawów chorobowych u mojego dziecka należy skontaktować się z:

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

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

11.4. 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 .....

.....  
czytelny podpis rodzica/opiekuna

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 oraz osób upoważnionych, danych osobowych wyłącznie dla potrzeb wewnętrznych (cele statutowe) Miejskiego Zespołu Żłobków w Łodzi

Łódź, dnia .....

.....  
podpis rodzica/opiekuna

**ADNOTACJE KIEROWNIKA DOTYCZĄCE DZIECKA**

1. ....
2. ....
3. ....

.....  
kierownik żłobka