

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA

DANE DZIECKA:

| | |
|--------------------|--|
| IMIĘ I NAZWISKO | |
| DATA URODZENIA | |
| MIEJSCE URODZENIA | |
| ADRES ZAMIESZKANIA | |
| PESEL | |
| OBYWATELSTWO | |
| NARODOWOŚĆ | |

DANE RODZICÓW:

MAMA / PRAWNY OPIEKUN

| | |
|--------------------|--|
| IMIĘ I NAZWISKO | |
| PESEL | |
| SERIA I NR DOWODU | |
| ADRES ZAMIESZKANIA | |
| MIEJSCE PRACY | |
| ADRES E-MAIL | |
| TELEFON KONTAKTOWY | |

TATA / PRAWNY OPIEKUN

| | |
|--------------------|--|
| IMIĘ I NAZWISKO | |
| PESEL | |
| SERIA I NR DOWODU | |
| ADRES ZAMIESZKANIA | |
| MIEJSCE PRACY | |
| ADRES E-MAIL | |
| TELEFON KONTAKTOWY | |

OSOBY UPOWAŻNIONE DO ODBIORU DZIECKA

| IMIĘ I NAZWISKO | SERIA I NR DOWODU OSOBISTEGO | STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA |
|-----------------|------------------------------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DANE O STANIE ZDROWIA DZIECKA:

| | |
|---------------------------|--|
| WADY ROZWOJOWE | |
| STAŁE CHOROBY | |
| PRZEBYTE CHOROBY ZAKAŻNE | |
| PRZYJMOWANE LEKI NA STAŁE | |
| CZĘSTOTLIWOŚĆ ZACHOROWAŃ | |
| ALERGIE POZAPOKARMOWE | |

DANE O ŻYWIENIU:

| | |
|--------------------|--|
| MLEKO (JAKIE?) | |
| ULUBIONE POTRAWY | |
| NIELUBIANE POTRAWY | |
| ALERGIE POKARMOWE | |

DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU, PAŃSTWA OCZEKIWANIA

WOBEC PLACÓWKI:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

1. Zgodnie z uchwałą o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 04.02.1994r.,
wyrażam zgodę na rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka na stronie internetowej.

.....
Czytelny podpis Rodzica

2. Wyrażam zgodę na wykonywanie czynności pielęgnacyjnych przy moim dziecku
(również okresowe sprawdzanie włosów) oraz okazywanie mu czułości.

.....
Czytelny podpis Rodzica

3. Wyrażam zgodę na przewiezienie mojego dziecka do szpitala w sytuacji zagrażającej jego
zdrowiu lub życiu.

.....
Czytelny podpis Rodzica