| KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO KLUBU DZIECIĘCEGO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Od dnia: | | | | | ...............................................................................................................................................................  dzień - miesiąc - rok | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Zgłaszam dziecko do Klubu Dziecięcego im. Kubusia Puchatka w Kielcach** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane osobowe dziecka** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko | |  | | | | Imię/ imiona | |  | | | | | | | | | | | | |
| Data i miejsce urodzenia | |  | | | | PESEL: | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Adres zamieszkania/gmina | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane rodziców/opiekunów\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dane | | | **matki/**opiekunki\* | | | | **ojca/**opiekuna\* | | | | | | | | | | | | | |
| Imię / imiona | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko/ nazwiska | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Data i miejsce urodzenia | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Seria i nr dowodu osobistego | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania  ( ulica, kod pocztowy) | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Adres e-mail | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce pracy/nauki- adres | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Informacje dodatkowe\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Informacje o dziecku | Czy dziecko posiada orzeczenie, opinię poradni psychologiczno-pedagogicznej? Jeżeli tak , to jakie?............................................................... | | | | | | | | | | | | **Tak \*** | | | | **Nie \*** | | | |
| **Czy dziecko jest pod opieka poradni specjalistycznej**: (proszę zaznaczyć przez podkreślenie) neurologicznej, okulistycznej, kardiologicznej, alergologicznej, ortodontycznej, ortopedycznej, innej ?………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czy dziecko śpi w ciągu dnia ? | | | | | | | | | | | | **Tak \*** | | | | **Nie \*** | | | |
| Ulubione zajęcia dziecka ……………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Informacja o rodzeństwie dziecka: liczba/wiek…………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Przewidziane godziny pobytu dziecka w placówce | | | | | | | | | | | | **od …...…** | | | | **do..……** | | | |

\* wybrane zaznaczyć poprzez podkreślenie

| Deklaracje , zobowiązania rodziców | | |
| --- | --- | --- |
| Upoważniam do odbioru z placówki mojego dziecka, wymienione obok pełnoletnie osoby (poza rodzicami /opiekunami prawnymi). Seria, nr dowodu osobistego, stopień pokrewieństwa.  Bierzemy na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo odebranego dziecka,  od momentu jego odbioru przez wskazaną, upoważnioną przez nas osobę. | 1 .....................................................................  .....................................................................  2 .....................................................................  .....................................................................  3 .....................................................................  .....................................................................  4 .....................................................................  ..................................................................... | |
| Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w wycieczkach i wyjściach organizowanych przez placówkę. | **Tak \*** | **Nie \*** |
| Wyrażam zgodę na publikowanie zdjęć, nagrań z udziałem mojego dziecka na stronie internetowej placówki i w środkach masowego przekazu. | **Tak \*** | **Nie \*** |
| Zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000, ze zm.) wyrażam zgodę na wykorzystanie poświadczonych danych osobowych, w tym danych dziecka w zakresie niezbędnym do rekrutacji, pracy placówki, zapewnienia dziecku prawidłowej opieki, zachowania bezpieczeństwa mojego dziecka oraz w celu realizacji dofinansowania. | **Tak \*** | **Nie \*** |
| **Zobowiązuję się do:**   * Przestrzegania postanowień statutu klubu dziecięcego. * Regularnego uiszczania wymaganych opłat w wyznaczonym terminie * Uczestniczenia w zebraniach rodziców * Przyprowadzania i odbierania dziecka z placówki osobiście lub przez osobę pełnoletnią, zgłoszoną powyżej, zapewniającą dziecku bezpieczeństwo. * Zobowiązuje się do niezwłocznego informowania placówki na piśmie o zmianach danych osobowych, danych adresowych. * Zobowiązuje się również do pisemnego poinformowania placówki, z miesięcznym wyprzedzeniem o rezygnacji z miejsca w klubie dziecięcym oraz o wszelkich zmianach dotyczących ilości godzin, na które dziecko uczęszcza. | | |
| **Oświadczam, że informacje przedstawione w niniejszej karcie zgłoszenia są zgodne ze stanem faktycznym.** | | |
| Kielce, dnia ................................. ……………………………………………………..  Czytelny podpis rodziców / opiekunów | | |

\* wybrane zaznaczyć poprzez podkreślenie