

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DZIECKA

PRZEDSZKOLE NIEPUBLICZNE „ZAMKOWE SKRZATY”

06-400 CIECHANÓW UL. NADRZECZNA 24

CZYNNE: 7.00 – 17.00

ADRES ZAMIESZKANIA:

Imię i nazwisko dziecka.....

Ulica, nr domu (i mieszkania).....

Kod pocztowy i miejscowość.....

Data urodzenia.....

DANE DOTYCZĄCE RODZICÓW/OPIEKUNÓW DZIECKA

Mama

Imię i nazwisko.....

Tel. kontaktowy..... E-mail.....

Tata

Imię i nazwisko.....

Tel. kontaktowy..... E-mail.....

INFORMACJE OGÓLNE

Czy dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne? Tak Nie

Czy dziecko jest samodzielne w czynnościach samoobsługowych? Tak Nie

Czy dziecko śpi w ciągu dnia? Tak Nie

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Czy dziecko często choruje? Tak Nie

Na jakie choroby najczęściej?

Jakie choroby zakaźne przebyło dziecko?

Inne przebyte poważne choroby

Czy dziecko miewa utraty przytomności? Tak Nie

Czy w rozwoju dziecka występowały/ występują problemy rozwojowe? Tak Nie

Czy dziecko jest pod stałą opieką specjalisty? Tak Nie

Czy dziecko jest alergikiem? Tak Nie

Czy są jakiegokolwiek zalecenia związane z dietą dziecka? Tak Nie

Jakie inne ważne informacje chcieliby nam Państwo przekazać?

.....

.....

Jakie są Państwa oczekiwania wobec Przedszkola?

.....

.....

Zapoznałam/Zapoznałem się i akceptuję Organizację Przedszkola „Zamkowe skrzaty”.

Data i podpis osoby wypełniającej kartę