



KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO TERAPEUTYCZNEGO PUNKTU PRZEDSZKOLNEGO

„Spektrum Marzeń” ul. Poznańska 60, 62-035 Kórnik

.....
Imię i nazwisko dziecka

Adres zamieszkania

.....
Data i miejsce urodzenia

PESEL

INFORMACJE O RODZINIE DZIECKA - RODZICE/OPIEKUNOWIE PRAWNI

.....
Imię i nazwisko matki/opiekunki prawnej

PESEL

Nr i seria dow. osobistego.

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

Adres e-mail

.....
Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego

PESEL:

Nr i seria dow. osobistego.

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

Adres e-mail

.....
Inne numery telefonów kontaktowych do dyspozycji punktu przedszkolnego w razie braku kontaktu z rodzicami/opiekunami prawnymi.

Deklarowany czas pobytu dziecka w punkcie przedszkolnym:

Wykaz osób upoważnionych do odbioru dziecka z punktu przedszkolnego

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL		Pokrewieństwo:
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

INFORMACJE O RODZEŃSTWIE

.....

.....

.....

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Jaki jest aktualny stan zdrowia dziecka?

.....

Czy dziecko choruje na coś przewlekłe? Na co?

.....

Czy dziecko przyjmuje stałe leki? Jakie?

.....

Czy dziecko jest pod stałą opieką lekarza specjalisty? Jakiego?

.....

Czy u dziecka występują nietolerancje/alergie pokarmowe? Na co?

.....

.....

Czy dziecko ma stwierdzone alergie wziewne? Skórne? Na co?

.....

Czy dziecko często choruje? Na co?

.....

Inne uwagi dotyczące stanu zdrowia dziecka

.....

INFORMACJE O DZIECKU - WYWIAD

Samodzielność (proszę zaznaczyć te umiejętności, które są charakterystyczne dla Państwa dziecka):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Potrafi się samo ubrać. | <input type="checkbox"/> Potrafi się samo rozebrać. |
| <input type="checkbox"/> Ubiera się z niewielką pomocą innych osób. | <input type="checkbox"/> Rozbiera się z niewielką pomocą innych osób. |
| <input type="checkbox"/> Wymaga stałej pomocy przy ubieraniu i rozbieraniu. | |
| <input type="checkbox"/> Je wszystkie posiłki samodzielnie | <input type="checkbox"/> Jest karmione przez osobę dorosłą. |
| <input type="checkbox"/> Wymaga niewielkiej pomocy przy jedzeniu. | |
| <input type="checkbox"/> Pamięta o potrzebach fizjologicznych, zgłasza je. | <input type="checkbox"/> Samodzielnie myje zęby. |
| <input type="checkbox"/> Trzeba przypominać o potrzebach fizjologicznych. | <input type="checkbox"/> Samodzielnie korzysta z toalety, myje ręce. |
| <input type="checkbox"/> Potrzebuje pomocy w korzystaniu z toalety i w zakresie czynności higienicznych. | |
| <input type="checkbox"/> Inne uwagi dotyczące dziecka: | |

Jedzenie (proszę zaznaczyć te umiejętności, które są charakterystyczne dla Państwa dziecka):

- Ma zróżnicowaną dietę, bez problemu spożywa wszystkie pokarmy.
- Rozgryza, żuje i połyka prawidłowo wszystkie pokarmy.
- Je zupy i inne pokarmy złożone z różnych konsystencji.
- Jest niejadkiem. Trzeba je specjalnie motywować do zjedzenia posiłku. Jak?

Potrawy i produkty, które dziecko bardzo lubi:

Potrawy i produkty, których dziecko wyjątkowo nie chce jeść:

KOMUNIKACJA

Proszę opisać, w jaki sposób dziecko komunikuje się z domownikami.

Dziecko utrzymuje kontakt wzrokowy / Dziecko nie utrzymuje kontaktu wzrokowego*.

Dziecko dąży do komunikacji. Inicjuje kontakty / Dziecko nie jest zainteresowane kontaktem*.

Dziecko wykonuje proste polecenia / Dziecko nie wykonuje żadnych poleceń*.

Terapeutyczny Punkt Przedszkolny
„Spektrum Marzeń”

Dziecko wskazuje palcem przedmiot / Dziecko nie wskazuje palcem ani innym gestem*.

W komunikacji dziecko: używa gestów / używa prostych słów / ciągnie za rękę dorosłego w stronę pożądanego przedmiotu* / używa innych sposobów komunikacji*. Jakich?

.....

* niepotrzebne skreślić

ZABAWA

Proszę wymienić ulubione zabawy i zabawki dziecka

.....

.....

Proszę wymienić formy aktywności preferowane przez dziecko

.....

.....

Proszę wymienić ulubione książki dziecka

.....

.....

Czy dziecko przejawia szczególne uzdolnienia? Jakie?

.....

Z kim dziecko najczęściej spędza wolny czas?

.....

W jaki sposób dziecko najczęściej spędza wolny czas z rodzicami?

.....

ZACHOWANIE

Kiedy dziecko czuje się szczęśliwe?

.....

Za jakie zachowania dziecko jest nagradzane?

.....

W jaki sposób dziecko jest nagradzane?

Oświadczam, że przedłożone przeze mnie informacje, dotyczące mojego dziecka
są zgodne ze stanem faktycznym.

Ja niżej podpisany wyrażam, zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO*, wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Terapeutyczny Punkt Przedszkolny „Spektrum Marzeń” z siedzibą w Kórniku dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań opiekuńczo-wychowawczych placówki.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki, o których mowa w art. 7 RODO. Zgoda jest dobrowolna i przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez Terapeutyczny Punkt Przedszkolny „Spektrum Marzeń” z siedzibą w Kórniku, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
Data i podpis matki/opiekunki prawnej

.....
Data i podpis ojca/ opiekuna prawnego

Imię i nazwisko obojga rodziców/prawnych opiekunów

.....

.....

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU DZIECKA

Oświadczam, że wyrażam zgodę na rejestrowanie wizerunku mojego dziecka podczas zajęć codziennych i uroczystości organizowanych przez **Terapeutyczny Punkt Przedszkolny „Spektrum Marzeń”** oraz wykorzystanie tego wizerunku poprzez umieszczanie zdjęć na stronie internetowej www.spektrummarzen.pl, oraz w mediach społecznościowych placówki (Facebook, Instagram).

.....

(imię/imiona i nazwisko dziecka)

Podstawa prawna:

1. *Ustawa o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2002 nr 101, poz. 926 ze zm.); 2. Ustawa o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jedn.: Dz. U. z 2006 nr 90, poz. 631 ze zm.)*

.....

.....

(czytelne podpisy obojga rodziców/ prawnych opiekunów)

Kórnik, dnia

Imię i nazwisko obojga rodziców/prawnych opiekunów

.....

.....

ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIAŁ W WYCIECZCE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział dziecka w wycieczkach, wyjściach poza teren placówki **Terapeutyczny Punkt Przedszkolny „Spektrum Marzeń”** (warsztaty, zajęcia w terenie).

Terminy wyjść i wyjazdów zostaną przekazane rodzicom wcześniej telefonicznie lub e-mailowo.

.....

.....

(czytelne podpisy obojga rodziców/ prawnych opiekunów)

