

FORMULARZ REKRUTACYJNY
Niepublicznego Żłobka Wesole Dzieciaki
przy ul. Leona Petrażyckiego 42 w Krakowie

DANE OSOBOWE DZIECKA	
Imię i nazwisko:	
Data i miejsce urodzenia:	
PESEL dziecka:	
Obywatelstwo dziecka:	
Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności (jeśli tak, to jakie?)	
Adres zamieszkania:	ul. _____ nr domu _____
	kod pocztowy: _____ miejscowość: _____
Adres zameldowania (jeśli jest inny, niż zamieszkania)	ul. _____ nr domu: _____
	kod pocztowy: _____ miejscowość: _____
Wyrażam chęć zapisu mojego syna/córki* od (dd/mm/rrrr): _____	
DANE OSOBOWE RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW	
Matka/Opiekun Prawny 1:	
Imię i nazwisko:	
Nr dokumentu tożsamości:	
Data urodzenia:	
PESEL:	
Obywatelstwo:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Adres zamieszkania	ul. _____ nr domu: _____
	kod pocztowy: _____ miejscowość: _____
Adres zameldowania (jeśli jest inny, niż zamieszkania)	ul. _____ nr domu _____
	kod pocztowy: _____ miejscowość: _____
Ojciec/Opiekun Prawny 2:	
Imię i nazwisko:	
Nr dokumentu tożsamości:	
Data urodzenia:	
PESEL:	
Obywatelstwo:	
Nr telefonu:	

* - niepotrzebne skreślić

Adres e-mail:		
Adres zamieszkania	ul.	nr domu
Adres zameldowania (jeśli jest inny, niż zamieszkania)	kod pocztowy:	miejsowość:
	ul.	nr domu
	kod pocztowy:	miejsowość:
INFORMACJE DOTYCZĄCE PRAWA DO SPRAWOWANIA OPIEKI		
Kto wychowuje dziecko?		
W tym miejscu należy wpisać wszelkie istotne informacje dotyczące praw do sprawowania opieki nad dzieckiem (w tym dotyczące ograniczonych praw rodzicielskich)		
INNE INFORMACJE O DZIECKU		
Czy dziecko posiada rodzeństwo?	tak/nie*	
Czy dziecko samo się ubiera?	tak/nie*	
Czy dziecko pamięta o swoich potrzebach fizjologicznych?	tak/nie*	
Jak dziecko radzi sobie w relacjach z rówieśnikami?		
Czy dziecko samodzielnie spożywa posiłki?	tak/nie*	
Czy dziecko urodziło się zdrowe?	tak/nie*	
Czy dziecko przeszło odrę?	nie/tak (miesiąc, rok życia)*	
Czy dziecko przeszło świnkę?	nie/tak (miesiąc, rok życia)*	
Czy dziecko przeszło różyczkę?	nie/tak (miesiąc, rok życia)*	
Czy dziecko przeszło ospę?	nie/tak (miesiąc, rok życia)*	
Czy dziecko przeszło koklusz?	nie/tak (miesiąc, rok życia)*	
Czy dziecko przeszło płonicę?	nie/tak (miesiąc, rok życia)*	
Czy dziecko przeszło Covid19?	nie/tak (miesiąc, rok życia)*	
Czy dziecko przeszło gorączkę trzyniową?	nie/tak (miesiąc, rok życia)*	
Czy dziecko jest na coś uczulone?	Alergeny wziewne: nie/tak (jakie?)*	
	Alergeny pokarmowe: nie/tak (jakie?)*	
	Leki: nie/tak (jakie?)*	
najczęściej stosowane leki:		
Czy istnieją jakieś szczególne zalecenia lekarza względem dziecka?	nie/tak (jakie?)*	

* - niepotrzebne skreślić

Dotychczasowy rytm dnia dziecka:	
Inne ważne informacje o dziecku:	
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu rekrutacyjnym zgodnie z art.6 ust 1c, art.7, art.8 oraz art.9 ust.2g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE l 119/1 z 4 maja 2016 r.) - RODO	
Miejscowość, data:	
Podpis osoby wypełniającej formularz rekrutacyjny:	

* - niepotrzebne skreślić