

- Bajkowe Rodzeństwo
- Świat Dziecka Opieka i Zabawa

Data złożenia podania: \_\_\_\_\_

## KARTA BAJKOWEGO PRZEDSZKOLAKA

Niniejszy dokument będzie towarzyszył Dziecku przez cały pobyt w Bajkowym Przedszkolu. Prosimy o staranne wypełnienie karty. Dziękujemy!



### Dane dziecka:

Nazwisko: \_\_\_\_\_ Imię: \_\_\_\_\_

Data ur.: \_\_\_\_\_ Miejsce ur.: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

### Dane rodziców / prawnych opiekunów:

Ojciec dziecka

Imię, nazwisko: \_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_

Miejsce pracy: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Matka dziecka

Imię, nazwisko: \_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_

Miejsce pracy: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Rodzeństwo (imiona, roczniki): \_\_\_\_\_

### Telefony kontaktowe w pilnych przypadkach:

W wyjątkowych przypadkach, przedszkole zawiadamia rodzinę korzystając z telefonów podanych przez rodzinę w tym dokumencie. W razie ich zmiany w trakcie roku szkolnego prosimy o niezwłoczne powiadomienie nas o tym.

Tel. służbowy matki: \_\_\_\_\_ Tel. służbowy ojca: \_\_\_\_\_

Inny kontakt (pokrewieństwo, nr telefonu): \_\_\_\_\_

# KARTA ZDROWIA

## Dane dziecka:

Nazwisko, imię dziecka: \_\_\_\_\_

Data, miejsce urodzenia: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko matki: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko ojca: \_\_\_\_\_

## Telefony kontaktowe:

Telefon domowy: \_\_\_\_\_

Telefon prywatny matki: \_\_\_\_\_

Telefon prywatny ojca: \_\_\_\_\_

Telefon służbowy matki: \_\_\_\_\_

Telefon służbowy ojca: \_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_

## Świadczenia medyczne:

Lekarz rodzinny: \_\_\_\_\_

Przychodnia  
(adres, telefon): \_\_\_\_\_

## Informacje o stanie zdrowia dziecka:

Czy dziecko jest na coś leczone? \_\_\_\_\_

Przebyte choroby zakaźne: \_\_\_\_\_

Szczepienia obowiązkowe: \_\_\_\_\_

Alergie: \_\_\_\_\_

Dziecko nosi okulary:

- Stale
- Tylko podczas zajęć
- Nie ma takiej konieczności

Czy dziecku podawane są jakieś leki w ciągu dnia?  Tak  Nie

Dodatkowe, niezbędne  
informacje medyczne o dziecku: \_\_\_\_\_

Podpis rodzica / prawnego opiekuna: \_\_\_\_\_

# UPOWAŻNIENIE DO DZIAŁANIA W NAGŁYCH WYPADKACH

## Świadczenia medyczne:

Lekarz rodzinny: \_\_\_\_\_

Przychodnia  
(adres, telefon): \_\_\_\_\_

## Upoważnienia (niepotrzebne skreślić):

W nagłym wypadku dziecko chore lub po wypadku będzie przewieziona przez pogotowie ratunkowe do szpitala, a jeżeli stan zdrowia na to pozwoli, poczeka na osobę upoważnioną do odebrania go z przedszkola.

Jeżeli życzy sobie państwo, by dziecko zostało odwiezione do wskazanego przez Państwa szpitala, prosimy podać jego nazwę i adres poniżej:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Postępowanie w razie wypadku:

Wyrażam zgodę, by kadra pedagogiczna podjęła ewentualne działania, w przypadku zagrożenia stanu zdrowia mojego dziecka: wezwanie lekarza, pogotowia ratunkowego, odwiezienia do szpitala

tak

nie

## Narkoza i operacja chirurgiczna:

Wyrażam zgodę na operację chirurgiczną w przypadku zagrożenia stanu zdrowia mojego dziecka.

tak

nie

Podpis rodzica / prawnego opiekuna:

\_\_\_\_\_