

KARTA BAJKOWEGO PRZEDSZKOLAKA

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

Dane dziecka:

Nazwisko: _____ Imię: _____
Data urodzenia: _____ Miejsce urodzenia: _____
Adres: _____
Uczęszcza do przedszkola od: _____

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.

Telefon domowy: _____
Telefon służbowy matki: _____ Telefon służbowy ojca: _____

Osoby upoważnione:

Imię, nazwisko: _____	Stopień pokrewieństwa: _____
Imię, nazwisko: _____	Stopień pokrewieństwa: _____
Imię, nazwisko: _____	Stopień pokrewieństwa: _____
Imię, nazwisko: _____	Stopień pokrewieństwa: _____

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 przewiezione przez pogotowie ratunkowe do szpitala, a jeżeli stan zdrowia na to pozwoli, poczeka n osobę upoważnioną do odebrania go z przedszkola.

Jeżeli życzycie 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:
