

W razie konieczności (np. nagle pogorszenie zdrowia dziecka) należy zawiadomić:

Imię i nazwisko: Stopień pokrewieństwa:

Dok. tożsamości / nr dok.:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

Model rodziny: - pełna (mieszka z obojgiem rodziców) TAK NIE

- niepełna (dziecko mieszka z jednym rodzicem) TAK NIE

Jeżeli TAK, z którym:

.....

- rodzina zastępcza TAK NIE

Informacje, które mogą być ważne:

.....

* Czy matka lub ojciec są osobami niepełnosprawnymi: TAK NIE

Informacje, które mogą być ważne:

* Obciążenia rodzinne w zakresie zaburzeń ze spektrum autyzmu: TAK NIE

Jeżeli TAK, proszę podać więcej informacji:

.....

.....

* Czy dzieckiem zajmuje się opiekunka? (Jeżeli TAK, ile godzin dziennie?)

* Czy dzieckiem zajmują się dziadkowie? (Jeżeli TAK, ile godzin dziennie?)

OSOBY UPRAWNIONE DO ODBIORU DZIECKA

Kto poza rodzicami jest uprawniony do odbierania dziecka z NPP Effectis?

1. Imię i nazwisko:

Dok. tożsamości / nr dok.:

PESEL:

Zamieszkały/ła:

Kim osoba jest dla dziecka?

Numer telefonu:

2. Imię i nazwisko:

Dok. tożsamości / nr dok.:

PESEL:

- * Czy dziecko przyjmuje stałe leki? Jeżeli TAK, to z jakie i z jakiego powodu? (proszę o szczegółowe informacje)
-
- * Czy dziecko jest pod stałą opieką lekarza specjalisty? Jeżeli TAK, proszę podać jakiego?
-
- * Czy u dziecka występują nietolerancje pokarmowe / alergię pokarmowe? Jeżeli TAK, to na co?
-
- * Czy dziecko było diagnozowane kierunku nietolerancji pokarmowej, alergii, etc.? TAK NIE
-
- * Czy dziecko ma specjalne potrzeby związane z żywieniem? Jeżeli TAK, to jakie?
-
- * Czy dziecko jest na coś uczulone, ma stwierdzone alergię wziewne? skórne? Jeżeli TAK, na co?
-
-
- * Czy dziecko na co dzień używa: aparatu słuchowego, okularów, wkładek ortopedycznych lub innych?
-
- * Wada słuchu (podejrzenie, stwierdzona)
- * Wada wzroku (podejrzenie, stwierdzona)
- * Inne (niż zaburzenia ze spektrum autyzmu) zdiagnozowane zaburzenia:
-
- | | | | |
|--|--------|--------|---------------|
| * Czy dziecko jest samodzielne? | TAK | NIE | WYMAGA POMOCY |
| * Czy dziecko potrafi samo się ubrać? | TAK | NIE | WYMAGA POMOCY |
| * Czy dziecko samodzielnie je? | TAK | NIE | WYMAGA POMOCY |
| * Czy dziecko pamięta o potrzebach fizjologicznych i radzi sobie samo? | TAK | NIE | WYMAGA POMOCY |
| * Czy u dziecka występuje lęk separacyjny? | TAK | NIE | |
| * Ma problemy z rozstaniem? | z Mamą | z Tata | |
- * Czy dziecko przebywało w towarzystwie rówieśników / dzieci w innym wieku? Jeżeli TAK, jak sobie radzi?
-
- Inne uwagi dotyczące stanu zdrowia dziecka:
-
-

OŚWIADCZAM, ŻE:

* Wszystkie istotne informacje na temat dziecka zostały przekazane w czasie procesu rekrutacyjnego.

.....
data i czytelny podpis rodziców (prawnych opiekunów)

* Żadne istotne informacje na temat dziecka nie zostały utajnione w czasie procesu rekrutacyjnego,

.....
data i czytelny podpis rodziców (prawnych opiekunów)

* Wszystkie dane zawarte w deklaracji są prawdziwe.

.....
data i czytelny podpis rodziców (prawnych opiekunów)

* Zobowiązuję się do niezwłocznego podania do wiadomości dyrektora wszelkich zmian dotyczących zawartych powyżej informacji.

.....
data i czytelny podpis rodziców (prawnych opiekunów)

* Zapoznałem/łam się i akceptuję zasady, regulaminy, procedury, Projekt organizacyjny Niepublicznego Punktu Przedszkolnego „Effectis”.

.....
data i czytelny podpis rodziców (prawnych opiekunów)

* Upoważniam NPP „Effectis” do podejmowania decyzji w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia mojego dziecka.

.....
data i czytelny podpis rodziców (prawnych opiekunów)

* Oświadczam, że wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka na terenie NPP „Effectis” badaniami, diagnozami, testami, konsultacjami m.in.: psychologa, pedagoga, logopedy, terapeutów i specjalistów pracujących lub/i współpracujących z NPP „Effectis”.

.....
data i czytelny podpis rodziców (prawnych opiekunów)

* W związku z profilaktyką wszawicy, wyrażam zgodę na kontrolę czystości głowy mojego dziecka.

.....
data i czytelny podpis rodziców (prawnych opiekunów)

* Szanowni Państwo, Wasze zaufanie jest dla nas bardzo ważne, dlatego przykładamy szczególną wagę do ochrony danych osobowych. Informacje na temat jak chronimy Państwa dane osobowe są dostępne w placówce oraz na stronie www.effectis.edu.pl RODO <http://www.effectis.edu.pl/kat/211/rodo>
Zapoznałem/łam się z informacjami dotyczącymi Ochrony przez NPP Effectis danych osobowych.

.....
data i czytelny podpis rodziców (prawnych opiekunów)

Oświadczam, że zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO*, wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Niepubliczny Punkt Przedszkolny „Effectis” z siedzibą: 02-798 Warszawa, ul. Pod Lipą 1 lok. nr 2, dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań opiekuńczo-wychowawczych, edukacyjnych, dydaktycznych, terapeutycznych, realizacji zadań oświatowych, marketingowych oraz wynikających z działań organizacyjnych 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.

Zostałam/em również poinformowana/y o tym, że dane zbierane są przez Niepubliczny Punkt Przedszkolny „Effectis” z siedzibą: 02-798 Warszawa, ul. Pod Lipą 1 lok. nr 2, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
data i czytelny podpis rodziców (prawnych opiekunów)

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o ofercie zajęciowej, promocjach, imprezach i innych informacjach dotyczących Niepublicznego Punktu Przedszkolnego „Effectis”

.....
data i czytelny podpis rodziców (prawnych opiekunów)

• data i czytelny podpis rodziców/opiekunów pranych

.....
.....