



KATRA ZGŁOSZENIA DZIECKA

DO NIEPUBLICZNEGO PUNKTU PRZEDSZKOLNEGO EFFECTIS

(NPP Effectis) w Warszawie, którego organem prowadzącym jest Mirosław Wiśniewski

Data:

Osoba wypełniająca Kartę zgłoszenia dziecka:

Stosunek do Kandydata:

MATKA / OPIEKUN

OJCIEC / OPIEKUN

PODSTAWOWE DANE KANDYDATA:

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Obywatelstwo:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Dzielnica: Gmina:

Adres zameldowania:

Dzielnica: Gmina:

Diagnoza dziecka / Od kiedy?

.....

* Czy dziecko posiada Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego? TAK NIE

Nr orzeczenia:

Jeżeli TAK, proszę o dołączenie orzeczenia do Karty zgłoszenia dziecka.

* Czy dziecko posiada Opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka? TAK NIE

Nr opinii:

Jeżeli TAK, proszę o dołączenie opinii do Karty zgłoszenia dziecka.

* Czy dziecko posiada Orzeczenie o niepełnosprawności? TAK NIE

Nr orzeczenia:

Jeżeli TAK, proszę o dołączenie orzeczenia do Karty zgłoszenia dziecka.

Jeżeli NIE, czy dziecko posiada specjalne potrzeby edukacyjne? TAK NIE

Jeżeli TAK, to jakie?

* Czy dziecko jest lub było wcześniej objęte pomocą terapeutyczną? Jeżeli TAK, to w jakiej formie?

(Proszę podać nazwę i adres placówki)

.....

.....

* Czy dziecko uczęszcza w chwili obecnej do przedszkola, punktu przedszkolnego, innej placówki?

Jeżeli TAK, proszę podać nazwę i adres:

.....

Jeżeli NIE, czy jest to planowane? (Proszę podać nazwę i adres)

.....

* Proszę podać nr, pełną nazwę i adres macierzystej szkoły obwodowej dziecka. (Wypełniają rodzice dzieci sześć-, siedmio-, ośmioletnich):

.....

* Czy dziecko bywa agresywne wobec siebie lub innych? Jeżeli TAK, to w jakich sytuacjach?

.....

.....

* Czy dziecko jest pod opieką poradni psychologicznej, psychiatrycznej, genetycznej, innej?

Jeżeli TAK, to jakiej?

.....

DANE DOTYCZĄCE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH:

Matka / Opiekun:

Dok. tożsamości / nr dok.:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Adres zameldowania:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

Ojciec / Opiekun:

Dok. tożsamości / nr dok.:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Adres zameldowania:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

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/a:

Kim osoba jest dla dziecka?

Numer telefonu:

2. Imię i nazwisko:

Dok. tożsamości / nr dok.:

PESEL:

Zamieszkały/a:

Kim osoba jest dla dziecka?

Numer telefonu:

Bierzemy na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo odebranego dziecka od momentu jego odbioru przez wskazaną powyżej, upoważnioną przez nas osobę.

Istnieje możliwość wystawienia jednorazowych upoważnień – w formie pisemnej. W miarę potrzeby należy je złożyć w biurze NPP Effectis.

INFORMACJE OGÓLNE DOTYCZĄCE DZIECKA:

* **Od kiedy** Państwo chcieliby, aby dziecko zaczęło uczęszczać do NPP Effectis? (proszę podać miesiąc i rok). **Od pierwszego dnia** **roku.**

* **Dziecko będzie uczęszczać w ramach realizacji podstawy programowej MEN oraz założeń wynikających z kształcenia specjalnego do NIEPUBLICZNEGO PUNKTU PRZEDSZKOLNEGO EFFECTIS (NPP Effectis) w Warszawie: ul.**

* **Deklarowany dzienny pobyt dziecka w NPP Effectis jest ustalany indywidualnie z rodzicami/opiekunami prawnymi i zależy od możliwości i potrzeb dziecka.**

* **Czy dziecko ma rodzeństwo?** (imię, nazwisko, data urodzenia)

* **Jaki jest aktualny stan zdrowia dziecka?**

* **Czy dziecko często choruje? Jeżeli TAK, to na jakie choroby najczęściej?**

* **Czy dziecko jest szczepione wg obowiązującego kalendarza szczepień?** TAK NIE

* **Jakie choroby zakaźne przebyło dziecko?**

* **Jak dziecko reaguje na gorączkę, czy występują drgawki, utrata przytomności?**

* **Czy dziecko miało utraty przytomności? Jeżeli TAK, to, z jakiego powodu i jak długo – kiedy ostatnio?**

* **Czy dziecko przebywało w szpitalu? Jeżeli TAK, to z jakiego powodu i jak długo?**

* **Czy dziecko choruje na coś przewlekłe? Na co?**

- * 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 | |
| * Dziecko ma problem z rozstaniem | z Mamą | z Tatą | |
| * 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 NPP 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, Klauzule informacyjne do przetwarzania danych osobowych dostępne są dla Państwa w NPP Effectis oraz na stronie www.effectis.edu.pl RODO <http://www.effectis.edu.pl/kat/211/rodo>

* Oświadczam, że zapoznałem/łam się z klauzulami informacyjnymi do przetwarzania danych osobowych.

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

* Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o ofercie zajęciowej, promocjach, imprezach i innych informacjach dotyczących organizacji i funkcjonowania NIEPUBLICZNEGO PUNKTU PRZEDSZKOLNEGO EFFECTIS (NPP Effectis) oraz Effectis Mirosław Wiśniewski

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

KLAUZULA INFORMACYJNA

do przetwarzania danych osobowych

Na podstawie art. 13 ust. 1 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwane dalej RODO, informuję Pana/Panią, że:

Administratorem Pana/i Danych jest:	Effectis Mirosław Wiśniewski 02-863 Warszawa ul. Jeziorki 79 biuro@effectis.edu.pl
Pana/Pani dane będą przetwarzane w celu:	Przeprowadzenia rekrutacji do przedszkola (art. 6 ust. 1 lit. a RODO)
Podstawą do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:	Wyrażona przez Panią/Pana zgoda
Informacja o przekazywaniu danych do innych podmiotów:	Pana/Pani dane nie są przekazywane innym podmiotom niewymienionym w przepisach prawa. Pana/Pani dane nie są przekazywane do organizacji międzynarodowych oraz państw trzecich.
Okres przechowywania danych:	Na czas rekrutacji.
Ma Pana/Pani prawo do:	1. dostępu do swoich danych oraz możliwość ich sprostowania, 2. usunięcia swoich danych, 3. ograniczenia przetwarzania swoich danych, 4. przenoszenia danych, 5. cofnięcia wyrażonej zgody, 6. wniesienia skargi do organu nadzorczego.
Podane przez Panią/Pana dane są:	Pobrane dobrowolnie. Nie podanie danych skutkuje brakiem możliwości przeprowadzenia rekrutacji dziecka do przedszkola.
Pana/Pani dane:	nie podlegają zautomatyzowanemu systemowi podejmowania decyzji ani profilowaniu