

**KARTA INFORMACYJNA
DZIECKA UCZĘSZCZAJĄCEGO DO PUNKTU OPIEKI
DZIENNEJ „ALPACZKI”**

I. DANE OSOBOWE DZIECKA

Imiona i nazwisko dziecka	
Data urodzenia dziecka	
Obywatelstwo dziecka	
PESEL dziecka (w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL proszę wpisać numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość)	
Adres zamieszkania dziecka	

II. INFORMACJE O RODZINIE DZIECKA

	1. Opiekun prawny	2. Opiekun prawny
Imię i nazwisko		
Data urodzenia		
Obywatelstwo		
PESEL		
Miejsce zamieszkania		
Miejsce pracy lub nauki		
Numer telefonu		
Adres mailowy		

DANE DOTYCZĄCE RODZEŃSTWA DZIECKA

Czy dziecko posiada rodzeństwo?	
Ile rodzeństwa dziecko posiada?	
W jakim wieku jest rodzeństwo dziecka?	

III. DANE O STANIE ZDROWIA DZIECKA, STOSOWANEJ DIECIE I ROZWOJU PSYCHOFIZYCZNYM

Czy dziecko legitymuje się orzeczeniem o niepełnosprawności? (jeżeli dotyczy proszę podać rodzaj niepełnosprawności)	
Specjalistyczne diagnozy lekarskie – choroby przewlekłe/ wady wrodzone/ zaburzenia w rozwoju/ inne (jeśli dotyczy proszę wpisać jakie)	
Przebyte przez dziecko choroby zakaźne (proszę wymienić jakie)	
Czy dziecko aktualnie pozostaje w specjalistycznej opiece lekarskiej lub innej (jeśli dotyczy proszę wpisać jakiej)?	
Czy dziecko przyjmuje na stałe leki (jeśli dotyczy proszę wpisać jakie)?	
Alergie (proszę wymienić znane zagrożenia dotyczące dziecka)	
Jakie obszary rozwoju Państwa dziecka w Państwa ocenie wymagają obecnie wsparcia (np. motoryka mała, motoryka duża, rozwój mowy, percepcja wzrokowa, percepcja słuchowa, myślenie logiczne, pamięć, koncentracja uwagi, rozwój emocjonalny, rozwój społeczny, samodzielność, inne – proszę wymienić lub opisać)?	
Inne istotne informacje dotyczące stanu zdrowia i/lub potrzeb rozwojowych dziecka.	

IV. DANE DOTYCZĄCE NAWYKÓW, UMIEJĘTNOŚCI I INDYWIDUALNYCH POTRZEB DZIECKA

Jak dziecko reaguje na rozstanie z rodzicami?	
Czy dziecko było wcześniej pozostawiane pod opieką osób trzecich (żłobek, klub malucha, niania)?	
Czy istnieją jakieś szczególne sytuacje, które powodują u dziecka lęk, niepokój lub rozdrażnienie (np. znaczny hałas, głośne pukanie itp.)? Proszę wskazać jakie.	
Czy dziecko korzysta z nocnika/toalety?	Proszę zaznaczyć właściwe: - dziecko samodzielnie korzysta z nocnika/toalety - dziecko z pomocą opiekuna korzysta z nocnika/toalety, jednak nadal nosi pieluchę - dziecko nie potrafi jeszcze korzystać z nocnika/toalety, nosi pieluchę
W jakich godzinach dziecko ma drzemki?	
Proszę wskazać przyzwyczajenia dziecka, które pomagają mu zasnąć.	
Jakie stosują Państwo metody na uspokojenie, ukojenie dziecka?	
Czy dziecko korzysta ze smoczka?	
Czy dziecko pije z bidonu czy kubka?	
Jakie są ulubione zajęcia dziecka?	
Czym dziecko bawi się najchętniej?	
Czy dziecko ma kontakt z innymi dziećmi? W jakich okolicznościach i jak często?	

V. OŚWIADCZENIA OPIEKUNA PRAWNEGO

Oświadczam, że:

Zostałam/em poinformowana/ny, że do POD ALPACZKI można przyprowadzać tylko dzieci zdrowe.

Zostałam/em poinformowana/ny, że w trakcie pobytu dziecka w POD ALPACZKI nie będą mu podawane żadne leki.

W przypadku wystąpienia objawów chorobowych u mojego dziecka należy skontaktować się z:

Imię i nazwisko	Numer telefonu

Czytelne podpisy opiekunów prawnych dziecka:

1. Opiekun prawny

2. Opiekun prawny

VI. OSOBY UPOWAŻNIONE DO ODBIORU DZIECKA z POD ALPACZKI

Upoważnić można tylko osoby pełnoletnie

Nazwisko i imię osoby upoważnionej	Stopień pokrewieństwa	Seria i numer dowodu osobistego	Telefon kontaktowy
1.	1. Opiekun prawny		
2.	2. Opiekun prawny		
3.			
4.			

Bierzemy na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo dziecka od momentu jego odbioru przez wskazane powyżej, upoważnione przez nas osoby.

Czytelne podpisy opiekunów prawnych:

1. Opiekun Prawny

2. Opiekun Prawny

VII. ZGODA RODZICÓW

Wyrażam zgodę na uczestniczenie mojego dziecka w spacerach organizowanych poza terenem placówki:

TAK NIE 1. 2.
(Podpisy opiekunów prawnych)

W razie wypadku zezwalam na decyzje konieczne (udzielenie pomocy medycznej, przewiezienie dziecka do szpitala):

TAK NIE 1. 2.
(Podpisy opiekunów prawnych)

Wyrażam zgodę na wykonywanie czynności pielęgnacyjnych przy moim dziecku oraz wyrażanie czułości poprzez przytulanie, głaskanie, tulenie do snu:

1. 2.
(Podpisy opiekunów prawnych)

VIII. OPIEKUNOWIE PRAWNI ZOBOWIĄZANI SĄ DO:

Zapoznania się i przestrzegania Statutu POD ALPACZKI

Niezwłocznego tj. do 1,5 h, odbioru dziecka z placówki w przypadku zgłoszenia jego choroby przez opiekunkę.

Niezwłocznego poinformowania placówki o wystąpienia u ich dziecka choroby zakaźnej.

Niezwłocznego poinformowania placówki o każdej zmianie danych teleadresowych.

Przyprowadzania i odbierania dziecka osobiście lub przez pisemnie upoważnioną osobę dorosłą zgłoszoną opiekunowi.

Bezwzględного odbierania telefonów z POD ALPACZKI w trakcie pobytu dziecka w placówce.

Terminowego uiszczania opłat.

Data.....

Czytelne podpisy opiekunów prawnych dziecka:

1. Opiekun prawny

2. Opiekun prawny

IX. INNE WAŻNE INFORMACJE , KTÓRE CHCIELIBY PAŃSTWO PRZEKAZAĆ, MOGĄCE MIEĆ WPŁYW NA PRAWIDŁOWE FUNKCJONOWANIE DZIECKA w PLACÓWCE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

UWAGA!

Dane osobowe będą wykorzystywane tylko dla działalności POD ALPACZKI zgodnie z ustawą O ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133/97 poz. 883.)

Administratorem podanych danych osobowych jest HKI sp. z o. o., Górna Wieś, ul. Zachodnia 26, 32-091 Michałowice będąca organem prowadzącym POD ALPACZKI.

Informujemy, że macie Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich poprawiania.

Wyżej wymienione dane przekazywane są dobrowolnie.

Data.....

Czytelne podpisy opiekunów prawnych dziecka:

1. Opiekun prawny

2. Opiekun prawny