

DOFINANSOWANIE PROJEKTU W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO
WOJEWÓDZTWA KUJAWSKOPOMORSKIEGO NA LATA 2014-2020 – EFS

Data:

KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA

do Niepublicznego Przedszkola Leśnego „CZAR DZIECI - Zagórzanka”

ul. św. Maksymiliana Kolbego 24 85-433 Bydgoszcz

Imię i nazwisko :

Data i miejsce urodzenia :

PESEL :

w roku szkolnym 2019/2020,

tj. od dnia do dnia 31.08.2020

Adres zamieszkania dziecka:

.....

....., gmina

Dołączone dokumenty:

- Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego,
- Opinia o wczesnym wspomaganie rozwoju dziecka,
- Orzeczenie o niepełnosprawności,
- Inne.....



DOFINANSOWANIE PROJEKTU W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO
WOJEWÓDZTWA KUJAWSKOPOMORSKIEGO NA LATA 2014-2020 – EFS

DANE RODZICÓW / OPIEKUNÓW	
MAMA / OPIEKUNKA DZIECKA	TATA / OPIEKUN DZIECKA
Imię i nazwisko:	Imię i nazwisko:
Miejsce zamieszkania:	Miejsce zamieszkania:
Miejsce pracy:	Miejsce pracy:
Dokument tożsamości:	Dokument tożsamości:
Telefon:	Telefon:
e-mail:	e-mail:
INFORMACJE O DZIECKU	
Ulubione zabawy dziecka	
Ewentualne ulubione zajęcia zorganizowane dziecka	
Średnia ilość czasu dziennie jaką dziecko spędza na świeżym powietrzu	
Ulubione zabawy dziecka na dworze	

DOFINANSOWANIE PROJEKTU W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO
WOJEWÓDZTWA KUJAWSKOPOMORSKIEGO NA LATA 2014-2020 – EFS

Ulubione potrawy dziecka	
Czego dziecko nie lubi jeść?	
Czy są sytuacje których dziecko nie lubi bądź boi się?	
Czy dziecko ubiera / rozbiera się samo? Jeśli wymaga pomocy, to w czym dokładnie?	
Czy dziecko samodzielnie spożywa posiłki?	
Czy dziecko śpi w ciągu dnia?	
Inne istotne informacje	
INFORMACJE O ZDROWIU DZIECKA	
Alergie i uczulenia oraz w jaki sposób się objawiają?	
Niespecyficzne reakcje na ... (gorączkę, zaczynające się zapalenie krtani itp.)	



DOFINANSOWANIE PROJEKTU W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO
WOJEWÓDZTWA KUJAWSKOPOMORSKIEGO NA LATA 2014-2020 – EFS

Przebyte choroby zakaźne	
Czy dziecko przyjmuje regularnie jakieś leki? Jeśli tak , to jakie i dlaczego?	
Czy dziecko jest szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień?	

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Matki / opiekuna

.....
podpis Ojca / opiekuna