|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZGŁOSZENIE DZIECKA DO  ŻŁOBKA GMINNEGO „MORSKA KRAINA” W JAROSŁAWCU,  UL. BAŁTYCKA 65B, 76-107 JAROSŁAWIEC  NA ROK 20…/20…** | | | | | |
| **OCZEKIWANY POBYT OD GODZ.:........................ DO GODZ.:..........................** | | | | | |
| **1. DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA** | | | | | **Adnotacje urzędowe** |
| Imiona |  | | | |  |
| Nazwisko |  | | | |
| Data urodzenia |  | | | |
| Pesel |  | | | |
| Adres zamieszkania |  | | | |
| **2. DANE IDENTYFIKACYJNE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** | | | | |  |
| Imię |  | | | |
| Nazwisko |  | | | |
| Pesel |  | | | |
| Data urodzenia |  | | | |
| Adres zamieszkania |  | | | |
| Tel. Kom. |  | | | |
| e-mail |  | | | |
| **3. DANE IDENTYFIKACYJNE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** | | | | |  |
| Imię |  | | | |
| Nazwisko |  | | | |
| Pesel |  | | | |
| Data urodzenia |  | | | |
| Adres zamieszkania |  | | | |
| Tel. Kom. |  | | | |
| e-mail |  | | | |
| **4. MIEJSCE ZATRUDNIENIA (pełna nazwa i adres)** | | | | |  |
| MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ | | OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO | | |
|  | |  | | |
| **5. MIEJSCE POBIERANIA NAUKI (w przypadku rodziców studiujących w trybie dziennym)** | | | | |  |
| MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ | | OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO | | |
|  | |  | | |
| **6. DANE O STANIE ZDROWIA, STOSOWANEJ DIECIE I ROZWOJU PSYCHOFIZYCZNYM DZIECKA** | | | | |  |
| Alergia pokarmowa potwierdzona zaświadczeniem od lekarza alergologa | | | TAK | NIE |
| Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do pracy żłobka i zachowania bezpieczeństwa mojego dziecka | | | TAK | NIE |
| *Przysługuje Pani/Panu prawo do złożenia oświadczenia o cofnięciu każdej wyrażonej zgody w dowolnym czasie. Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.* | | | | |  |
| **8. KRYTERIA DODATKOWE W PRZYPADKU LICZBY KANDYDATÓW SPEŁNIAJĄCYCH KRYTERIA DOSTĘPU PRZEKRACZAJĄCEJ LICZBĘ MIEJSC W ŻŁOBKU** | | | | |  |
| 1. Wielodzietność rodziny | | | TAK | NIE |
| 2. Niepełnosprawność dziecka | | | TAK | NIE |
| 3. Niepełnosprawność występuje w rodzinie dziecka | | | TAK | NIE |
| 4. Samotne wychowywanie dziecka | | | TAK | NIE |
| 5. Objęcie dziecka pieczą zastępczą | | | TAK | NIE |
| 6. Dziecko, którego oboje rodziców/opiekunów prawnych albo rodzić samotnie wychowujący dziecko pracują/pracuje lub studiują/studiuje w trybie dziennym lub prowadzą/prowadzi gospodarstwo rolne lub pozarolniczą działalność gospodarczą | | | TAK | NIE |
| 7. Dziecko, którego jeden z rodziców/opiekunów prawnych pracuje lub studiuje w trybie dziennym lub prowadzi gospodarstwo rolne lub pozarolniczą działalność gospodarczą | | | TAK | NIE |
| 8. Zgłoszenie jednocześnie do tej samej placówki dwojga lub więcej dzieci lub zgłoszenie dziecka posiadającego rodzeństwo korzystające z usług żłobka miejskiego w Jarosławcu | | | TAK | NIE |
| **Pouczenie:**  **Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje skreśleniem z listy rekrutacyjnej lub z listy dzieci uczęszczających do żłobka.** | | | | | |
| **Oświadczam,. że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych danych.** | | | | | |

*\*Niepotrzebne skreślić*

…………………., dnia ........................ .............................................................................

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

…………………., dnia ........................ .............................................................................

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego