



## KARTA PRZEDSZKOLAKA

### DZIECKO

imię i nazwisko: .....  
data i miejsce urodzenia: .....  
adres zameldowania: .....  
adres zamieszkania: .....  
PESEL: .....

### Matka

### Ojciec

imię i nazwisko: .....  
tel. prywatny: .....  
tel do pracy: .....  
e-mail: .....  
rodzeństwo dziecka: .....  
.....

### OSOBY UPOWAŻNIONE DO ODBIORU DZIECKA Z PLACÓWKI

#### Matka

#### Ojciec

imię i nazwisko: .....  
nr dowodu lub PESEL: .....  
adres zamieszkania: .....

### Inne osoby upoważnione :

**1. imię i nazwisko:** .....  
tel.kontaktowy: .....  
stopień pokrewieństwa: .....  
nr dowodu lub PESEL: .....  
**2. imię i nazwisko:** .....  
tel.kontaktowy: .....  
stopień pokrewieństwa: .....  
nr dowodu lub PESEL: .....  
**3. imię i nazwisko:** .....  
tel.kontaktowy: .....  
stopień pokrewieństwa: .....  
nr dowodu lub PESEL: .....  
**4. imię i nazwisko:** .....  
tel.kontaktowy: .....  
stopień pokrewieństwa: .....  
nr dowodu lub PESEL: .....  
**5. imię i nazwisko:** .....  
tel.kontaktowy: .....  
stopień pokrewieństwa: .....  
nr dowodu lub PESEL: .....

.....  
podpis rodzica / opiekuna prawnego

.....  
podpis rodzica / opiekuna prawnego



## KARTA ZDROWIA DZIECKA

### DANE DZIECKA

imię i nazwisko dziecka: .....

### INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Czy dziecko jest na coś leczone: .....

Przebyte choroby zakaźne: .....

Odbyte szczepienia obowiązkowe: .....

.....

Alergie pokarmowe: .....

*W przypadku alergii pokarmowej proszę wypełnić kartę pomocniczą (Alergie).*

Alergie innego rodzaju: .....

Prosimy o podanie dodatkowych informacji istotnych dla stanu zdrowia dziecka:

.....

.....

.....

### UPOWAŻNIENIE DO POSTĘPOWANIA W RAZIE WYPADKU

W nagłym wypadku dziecko chore lub po wypadku będzie przewiezione przez pogotowie ratunkowe do szpitala, albo jeżeli stan zdrowia na to pozwoli, poczeka na osobę upoważnioną do odebrania go z placówki.

Jeżeli życzą sobie Państwo, by dziecko zostało odwiezione do wskazanego przez Państwa szpitala, to poprosimy podać jego nazwę i adres : .....

.....

Wyrażam zgodę, aby w przypadku zagrożenia stanu zdrowia mojego dziecka pracownicy przedszkola podjęli ewentualne działania takie jak:

- wezwanie lekarza,
- wezwanie pogotowia ratunkowego,
- odwiezienie do szpitala.

**TAK**

**NIE**

Informujemy, że nie podajemy dzieciom żadnych leków.

.....  
podpis rodzica / opiekuna prawnego

.....  
podpis rodzica / opiekuna prawnego