



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 przewieziona 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 je g o n a z w ę 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