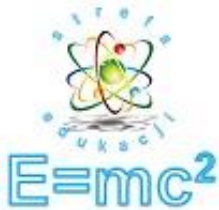



## ANKIETA „DOBRE PRZEDSZKOLE”

### I. PODMIOT ZAPEWNIAJĄCY OPIEKĘ PRZEDSZKOLNĄ

<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Grudziądz <input type="checkbox"/> Bydgoszcz <input type="checkbox"/> Toruń <input type="checkbox"/> Gdynia <input type="checkbox"/> Rumia
---	---	---

### II. DZIECKO

<b>Imiona</b>	<b>Nazwisko</b>	
<b>Data urodzenia</b>	<b>Miejsce urodzenia</b>	<b>PESEL</b>
<b>Adres zamieszkania</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ulica, nr domu, nr lokalu</li> <li>• kod pocztowy, miejscowość</li> <li>• powiat</li> <li>• gmina</li> </ul>		
<b>Adres zameldowania</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ulica, nr domu, nr lokalu</li> <li>• kod pocztowy, miejscowość</li> <li>• powiat</li> <li>• gmina</li> </ul>		
<b>Kto wychowuje dziecko</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> oboje rodzice</li> <li><input type="checkbox"/> matka</li> <li><input type="checkbox"/> ojciec</li> <li><input type="checkbox"/> inne .....</li> </ul>		

<b>III. RODZIC / PRAWNY OPIEKUN I *</b>		
<i>*- niepotrzebne skreślić</i>		
<b>Imię</b>	<b>Nazwisko</b>	<b>Seria i nr dowodu osobistego</b>
<b>Adres zamieszkania</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ulica, nr domu, nr lokalu</li> <li>• kod pocztowy, miejscowość</li> <li>• powiat</li> <li>• gmina</li> </ul>		
<b>PESEL</b>	<b>Tel.</b>	<b>e-mail</b>
<b>Miejsce pracy</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nazwa firmy i adres</li> <li>• tel. kontaktowy</li> </ul>		
<b>IV. RODZIC / PRAWNY OPIEKUN II *</b>		
<i>*- niepotrzebne skreślić</i>		
<b>Imię</b>	<b>Nazwisko</b>	<b>Seria i nr dowodu osobistego</b>
<b>Adres zamieszkania</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ulica, nr domu, nr lokalu</li> <li>• kod pocztowy, miejscowość</li> <li>• powiat</li> <li>• gmina</li> </ul>		
<b>PESEL</b>	<b>Tel.</b>	<b>e-mail</b>
<b>Miejsce pracy</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nazwa firmy i adres</li> <li>• tel. kontaktowy</li> </ul>		
<b>Wskazuję poniżej numer rachunku bankowego, na który proszę o przekazanie środków, wynikających ze złożonych wniosków o zwrot stawki żywieniowej:</b>		
<b>Nr rachunku bankowego :</b> _ _ _ _ _		
<b>Właściciel rachunku bankowego.....</b>		

<b>V. INFORMACJE O DZIECKU</b>	
<b>Je samodzielnie:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Je wszystko:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Co lubi jeść:</b>	
<b>Czego nie lubi jeść:</b>	
<b>Pamięta o potrzebach fizjologicznych:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Rodzaj wychowania:</b>	<input type="checkbox"/> bezstresowe <input type="checkbox"/> w dyscyplinie
<b>Zasady, które chcemy wpoić dziecku:</b>	
<b>VI. ZDROWIE</b>	
<b>Często choruje:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Uczulone na jakieś leki:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Czy dziecko było szczepione:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Alergie wziewne:</b>	<input type="checkbox"/> tak ..... <input type="checkbox"/> nie
<b>Alergie pokarmowe:</b>	<input type="checkbox"/> tak ..... <input type="checkbox"/> nie
<b>Orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak (.....) <input type="checkbox"/> nie
<b>Najczęściej stosowane leki:</b>	
<b>Zalecenia lekarza:</b>	
<b>Przebyte choroby zakaźne (miesiąc, rok):</b>	<input type="checkbox"/> odra ..... <input type="checkbox"/> świnka ..... <input type="checkbox"/> różyczka ..... <input type="checkbox"/> ospa ..... <input type="checkbox"/> koklusz ..... <input type="checkbox"/> płonica (szkarlatyna) ..... <input type="checkbox"/> gorączka 3-dniowa .....

<b>Zaświadczenie potrzebne do szczepienia przeciwko ospie (do 3 r.ż.)</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
<b>VII.    INNE</b>			
<b>Inne ważne informacje o dziecku:</b>			
<b>Oczekiwania dotyczące zajęć, opieki, organizacji placówki:</b>			
<b>Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych:</b>		<i>(podpis)</i>	
<b>Upoważniam do odbioru mojego dziecka:</b>			
<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Nr dowodu osobistego</b>	<b>Nr telefonu</b>	<b>Stopień pokrewieństwa</b>
			<b>Rodzic / opiekun I</b>
			<b>Rodzic / opiekun II</b>

....., dnia.....

.....

(podpis)