

Data zgłoszenia:.....

**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA
do Placówka Wsparcia Dziennego dla Dzieci i Młodzieży
z Terenu Powiatu Dąbrowskiego**

1. Imię i nazwisko dziecka.....
2. Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....
3. Adres zamieszkania dziecka, telefon.....
4. Adres zamieszkania rodziców, telefon, adres mail
-
5. Dane osobowe rodziców:

	Imię i nazwisko	Telefon, mail	Czas pracy	Nazwa zakładu pracy
Ojciec (opiekun)				
Matka (opiekunka)				

6. Osoby uprawnione do odbioru dziecka z Placówki:

l. p.	Imię i nazwisko	adres , telefon	Stopień pokrewieństwa	Wiek w przypadku małoletnich	Podpis rodzica (opiekuna)
1.					
2.					

7. Dziecko posiada:

- a) orzeczenie (zaznaczyć właściwe) o potrzebie kształcenia specjalnego

TAK NIE

numer orzeczenia.....

typ orzeczenia (symbol niepełnosprawności).....

poradnia, która wydała orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego.....

- b) opinię Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej (zaznaczyć właściwe)

TAK NIE

numer opinii.....

poradnia, która wydała opinię.....

- c) opinia pedagoga szkolnego/wychowawcę klasy o potrzebie wsparcia

TAK NIE

- d) dziecko/rodzina pozostaje pod opieką lub innej jednostki pomocy społecznej GOPS lub PCPR

TAK NIE

- e) Rodzina korzysta z PO PŻ- Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ)

TAK NIE

- f) Dziecko z rodziny zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020

TAK NIE

- g) Dziecko posiada orzeczenia o niepełnosprawności sprzężonej lub zaburzeniach psychicznych, w tym o niepełnosprawności intelektualnej oraz całościowymi zaburzeniami rozwoju

TAK NIE

- h) Dziecko posiada orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

TAK NIE

- i) osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego

TAK NIE

8. Informacja rodziców (opiekunów) o stanie zdrowia dziecka (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, przebyte choroby, niepełnosprawność):

.....
.....
.....
.....

9. Czy dziecko posiada opinię/orzeczenie od lekarza lub z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej?

.....

10. PESEL dziecka:

Stwierdzam że podałam/em wszystkie informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce. W razie zagrożenia kontaktować się z :

Imię i nazwisko	Nr telefonu	Stopień pokrewieństwa

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach organizowanych w/w Placówce Wsparcia Dziennego dla Dzieci i Młodzieży z Terenu Powiatu Dąbrowskiego.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis rodzica/opiekuna

Załącznik do KARTY ZGŁOSZENIA DZIECKA

do Placówki Wsparcia Dziennego dla Dzieci i Młodzieży z Terenu Powiatu Dąbrowskiego

Oświadczam, że moje dziecko

.....
(Imię i nazwisko dziecka)

będzie uczęszczało do Placówki Wsparcia Dziennego w następujących dniach i godzinach:

Poniedziałek: 15:00 – 19:00

Wtorek: 15:00 – 19:00

Środa: 15:00 – 19:00

Czwartek: 15:00 – 19:00

Piątek: 15:00 – 19:00

.....
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM REKRUTACJI I UCZESTNICTWA do PLACÓWKI WSPARCIA DZIENNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY Z TERENU POWIATU DĄBROWSKIEGO

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa do Placówki Wsparcia Dziennego dla Dzieci i Młodzieży z Terenu Powiatu Dąbrowskiego w okresie od dnia 01.10.2022 do 30.09.2023r., przyjmuję do wiadomości treści w nim zawarte i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów.

.....
data, podpis rodzica/opiekuna prawnego

ZGODA NA UDZIAŁ DZIECKA W WYJŚCIACH POZA TEREN PLACÓWKI WSPARCIA DZIENNEGO

Wyrażam zgodę /Nie wyrażam zgody* na udział mojego dziecka(imię i nazwisko dziecka) we wszystkich wycieczkach, spacerach, imprezach oraz innych wyjściach organizowanych w ramach zajęć przez placówkę wsparcia dziennego.

*Niewłaściwe skreślić

.....
data, podpis rodzica/opiekuna prawnego

ZGODA NA ROBIENIE ZDJĘĆ I FILMOWANIE

Wyrażam zgodę /Nie wyrażam zgody* na robienie zdjęć i filmowanie mojego dziecka.....(imię i nazwisko dziecka) podczas jego pobytu w placówce wsparcia dziennego (m.in. w ramach zajęć, zabaw, imprez okolicznościowych).

*Niewłaściwe skreślić

.....
data, podpis rodzica/opiekuna prawnego

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU DZIECKA

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody* na umieszczanie zdjęć oraz filmów zawierających wizerunek mojego dziecka.....(imię i nazwisko dziecka) zarejestrowanych podczas zajęć i uroczystości w celu wykorzystania dla promowania działalności placówki lub osiągnięć jego uczestników.

Przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) powyższa zgoda może zostać w dowolnym momencie wycofana, co nie wpływa na zgodność z prawem wykorzystania fotografii z wizerunkiem dziecka dokonanego na podstawie mojej zgody przed jej wycofaniem;
- 2) zgoda nie wymaga każdorazowego odnowienia przed publikacją fotografii, ani fotografie te nie wymagają mojego zatwierdzenia przed ich publikacją;
- 3) fotografie z wizerunkiem dziecka mogą zostać opublikowane w mediach lub miejscach, w których Placówka wsparcia dziennego zamieszcza informacje promujące jej działalność lub osiągnięcia i umiejętności jego wychowanków (np. strona internetowa Placówki wsparcia dziennego, strona internetowa Ośrodka Pomocy Społecznej w Olkuszu, portalu społecznościowego Facebook, tablica informacyjna w siedzibie placówki, lokalna prasa).

.....
data, podpis rodzica/opiekuna prawnego

*Niewłaściwe skreślić