



PRZEDSZKOLE JĘZYKOWE EUROPEJSKA AKADEMIA DZIECKA

ul. Główna 84, 55-080 - Smolec, Tel. 74/667 19 75 Fax
www.pead.pl email: przedszkolakead@wp.pl

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DZIECKA

DANE DZIECKA

NAZWISKO : _____ PŁEĆ (M/Ż): _____
IMIONA

NARODOWOŚĆ: _____

DATA URODZENIA: _____ MIEJSCE URODZENIA: _____
Dzień Miesiąc Rok

JĘZYK OJCZYSTY: _____ INNE JĘZYKI: _____

PLANOWANA DATA PRZYJĘCIA: _____ LICZBA DNI W TYGODNIU: _____

ADRES ZAMIESZKANIA: _____
KOD POCZTOWY MIEJSCOWOŚĆ ULICA NR

DOMOWY NUMER TELEFONU: _____ EMAIL: _____

MAMA

NAZWISKO : _____ NARODOWOŚĆ: _____
IMIONA

ZAWÓD: _____

PRACODAWCA: _____
NAZWA ADRES

NUMER TELEFONU DO PRACY: _____

NUMER TELEFONU KOMÓRKOWEGO.: _____
EMAIL _____

TATO

NAZWISKO : _____ NARODOWOŚĆ: _____
IMIONA

ZAWÓD: _____

PRACODAWCA: _____
NAZWA ADRES

NUMER TELEFONU DO PRACY: _____

NUMER TELEFONU KOMÓRKOWEGO.: _____ EMAIL: _____

INNE OSOBY DO KONTAKTU (W PRZYPADKU GDY NIE MOŻNA SIĘ SKONTAKTOWAĆ Z RODZICAMI)

IMIĘ I NAZWISKO: _____ NUMER TELEFONU.: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ NUMER TELEFONU.: _____

OSOBY UPOWAŻNIONE DO ODBIERANIA DZIECKA W ZASTĘPSTWIE RODZICÓW:

IMIĘ I NAZWISKO: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____

PROCEDURA PRZYJĘCIA

Formularz zgłoszenia dziecka zostanie przeanalizowany przez Dyrektora przedszkola a decyzja dotycząca przyjęcia zostanie podjęta po złożeniu poniższych dokumentów. Złożenie wszystkich dokumentów nie jest równoznaczne z przyjęciem dziecka do przedszkola

Umowa o płatnościach

Kompletny formularz zgłoszeniowy

Raport o zdrowiu dziecka

ZOBOWIĄZANIE

Europejska Akademia Dziecka i jej pracownicy podejmą starania, aby zapewnić jak najlepsze warunki do rozwoju edukacyjnego oraz fizycznego dziecka pozostającego pod ich opieką. Zobowiązujemy się informować rodziców o osiągnięciach i problemach ich dzieci i zapewniać jak najlepszą opiekę i wsparcie w ich rozwiązywaniu, jeżeli zaistnieje taka konieczność. Europejska Akademia Dziecka zobowiązuje się realizować swój program mający na celu indywidualny rozwój każdego dziecka, jego zdolności i zainteresowania. Zastrzegamy sobie prawo odmowy przyjęcia dziecka albo wypisania dziecka w trakcie roku, jeżeli stwierdzimy, że EAD nie może zaoferować odpowiedniego programu, lub jeśli informacje w formularzu zgłoszeniowym nie zostały podane właściwie, zostały zatajone lub z innych ważnych przyczyn. We wszystkich przypadkach decyzja Dyrektora jest ostateczna.

Niniejszy formularz zgłoszeniowy jest podaniem o przyjęcie dziecka do EAD na rok szkolny 200__ /200__. Składając podpis na niniejszym formularzu przyjmuję warunki podane powyżej oraz akceptuję przedstawione warunki finansowe.

Podpis rodzica: Data:

ZGODA RODZICÓW

TAK Ja/My wyrażamy zgodę, aby nasze dziecko/dzieci brało/brały udział w wyjściach i wyjazdach oraz regularnych zajęciach sportowych obejmujących, w zależności od wieku dziecka, pływanie, jazdę na nartach, tenis, jazdę konną, jazdę na łyżwach zorganizowanych i nadzorowanych przez Przedszkole Językowe Europejska Akademia Dziecka.

Podpis rodzica: Data:

ZGODA - UMIESZCZANIE ZDJĘĆ Z WIZERUNKIEM DZIECKA

Zgodnie z Art. 81 ust. 1 Ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o Prawie Autorskim i Prawach Pokrewnych (Dz. U. z 2006 r. nr 90, poz. 631 z późn. zm.) wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystywanie zdjęć zawierających wizerunek mojego dziecka, zarejestrowanych podczas jego pobytu w przedszkolu, w szczególności podczas uroczystości szkolnych, zajęć dydaktycznych, a także wycieczek szkolnych, bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzenia. Zgoda dotyczy wizerunku zarejestrowanego w latach pobytu mojego dziecka w Niepublicznym Przedszkolu Europejska Akademia Dziecka. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż zdjęcia mogą zostać umieszczone:

- w gablotach, kronikach przedszkola, gazetce przedszkolnej
- na stronie internetowej przedszkola

Imię i nazwisko dziecka: Podpis rodzica:

HISTORIA ZDROWIA DZIECKA

wypełnia rodzic lub opiekun

DANE DZIECKA

NAZWISKO : _____

IMIONA

DATA URODZENIA: _____ CHŁOPIEC/DZIEWCZYNKA
Dzień Miesiąc Rok proszę zakreślić

Data ostatniego badania lekarskiego _____

Uwagi:

Proszę zaznaczyć i wpisać datę, jeśli dziecko przebyło następujące choroby / choroby przewlekłe

Choroba	X	Data
Ospa wietrzna		
Krztusiec/koklusz		
Odra		
Różyczka		
Świnka		
Gorączka reumatyczna		
Szkarlatyna		
Gruźlica		
Zapalenie płuc		
Choroba Hainego-Medina		
Częste przeziębienia		
Częste infekcje ucha		
Angina		
Inne*		

Choroba przewlekła	X	Data
Cukrzyca		
Epilepsja		
Choroba serca		
Omdlenia		
Astma		
Alergie*		
Wada słuchu		
Wada wzroku		
Wada wymowy		
Przebyte operacje*		
Problemy z koncentracją		
Poważne urazy		
Dysfunkcje*		
Inne*		

* Wyjaśnienia do informacji w tabeli:

Czy dziecko znajduje się pod opieką lekarską lub bierze lekarstwa?

Nie Tak Jaką/jakie

Czy są jakieś ograniczenia aktywności fizycznej dziecka?

Nie Tak Jakie

Czy dziecko nosi okulary _____ Dlaczego? _____

Ważne: Dzieci, które muszą brać lekarstwa w przedszkolu powinny dostarczyć informacje i instrukcje dotyczące ich przyjmowania. Dzieci cierpiące na alergię oraz inne choroby przewlekłe muszą przedstawić pisemne zalecenia lekarza dotyczące podawania lekarstw.

W przypadku złego samopoczucia dziecka w przedszkolu spowodowanego bólem głowy/zęba/brzucha, przeziębienia, kataru, itd. istnieje możliwość podania dziecku leków sprzedawanych bez recepty. Proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat.

- Upoważniam EAD do podania dziecku leków sprzedawanych bez recepty w razie potrzeby.
- Nie wyrażam zgody na podawanie dziecku jakichkolwiek lekarstw w przedszkolu.

Postępowanie w nagłych wypadkach: Jeżeli dziecko ulegnie wypadkowi lub nagle pogorszy się jego stan zdrowia, natychmiast udzielimy pierwszej pomocy i skontaktujemy się z rodzicami. Jeżeli kontakt ten będzie niemożliwy, wezwiemy naszego lekarza lub zawieziemy dziecko do przychodni. Jeżeli Państwo mają inne sugestie związane z udzielaniem pomocy w nagłych wypadkach, proszę o informacje na ten temat poniżej.

SZCZEPIENIA: Proszę wypełnić tabelę i / lub dołączyć kartę szczepień.

	Data	Data	Data		Data	Data	Data
Ospa wietrzna				Choroba Hainego-Medina – iniekcja			
Dyfteryt/błonica				Choroba Hainego-Medina – doustnie			
Krztusiec/koklusz				Dur brzuszny			
Tężec				BCG			
Odra				Szkarlatyna			
Różyczka				Gruźlica			
Świnka							
		Data	Wynik				
Badanie wzroku							
Badanie słuchu							
Badanie stomatologiczne							

Rodzice/opiekunowie potwierdzają swoim podpisem, że w/w informacje w karcie zdrowia dziecka są zgodne z prawdą.

Data _____

Podpis rodziców/opiekunów

PROFIL OSOBOWY DZIECKA

Drodzy Rodzice,

W celu zapewnienia jak najlepszych warunków do rozwoju i nauki Waszego dziecka, ważne dla nas jest, aby uzyskać jak najwięcej informacji dotyczących życia dziecka, jego przyzwyczajień i upodobań. W tym celu prosimy, abyście Państwo pomogli nam sprostać potrzebom Państwa dziecka i odpowiedzieli na następujące pytania:

Imiona i nazwisko dziecka: _____

Jak zwracacie się do dziecka w domu?: _____

Wiek i liczba innych dzieci w domu: _____

Osoby dorosłe w domu i ich pokrewieństwo z dzieckiem: _____

Jeśli nie jesteście Państwo rodzicami dziecka, jakie jest pokrewieństwo z nim?

Czy Państwa dziecko uczęszczało wcześniej do przedszkola/grupy przedszkolnej?

Tak

Nie

Jeśli tak, proszę podać szczegóły (np. jak długo):

Proszę opisać osobowość dziecka i ulubione zajęcia, włączając w to przyzwyczajenia dotyczące jedzenia i spania.

Mocne strony dziecka: _____

Słabe strony dziecka: _____

Czy znane są Państwu sfery, w których dziecko może mieć trudności z uczeniem się?

Czy znane są Państwu lęki i fobie jakie dziecko może mieć?

Czy dziecko wymaga specjalnej diety lub jest uczulone na jakieś produkty spożywcze?

Umiejętność korzystania z toalety i przyzwyczajenia (jeżeli są): _____

Czy dziecko ma ulubioną zabawkę, z którą lubi przebywać? _____

Czy dziecko ostatnio doświadczyło jakichś traumatycznych wydarzeń (np. przeprowadzka, rozwód, śmierć w rodzinie, wypadek itp.)?

Kontakt w nagłych wypadkach (np. rodzice, opiekunowie, lekarz):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____