

**ANKIETA
„DOBRE PRZEDSZKOLE”**

I. PODMIOT ZAPEWNIAJĄCY OPIEKĘ PRZEDSZKOLNĄ



- Nowoczesna Edukacja Grudziądz Sp. z o.o.
- Nowoczesna Edukacja Bydgoszcz Skrzetusko Sp. z o.o.
- Nowoczesna Edukacja Bydgoszcz Glinki Sp. z o.o.
- Nowoczesna Edukacja Bydgoszcz Fordon Sp. z o.o.
- Nowoczesna Edukacja Toruń Koniuchy Sp. z o.o.
- Nowoczesna Edukacja Toruń Rubinkowo Sp. z o.o.

II. DZIECKO

Imiona

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania

- ulica, nr domu, nr lokalu
- kod pocztowy, miejscowość
- powiat
- gmina

Adres zameldowania

- ulica, nr domu, nr lokalu
- kod pocztowy, miejscowość
- powiat
- gmina

Kto wychowuje dziecko

- oboje rodzice
- matka
- ojciec
- inne

III. RODZIC / PRAWNY OPIEKUN I ***- niepotrzebne skreślić*

Imię	Nazwisko	Seria i nr dowodu osobistego
-------------	-----------------	-------------------------------------

Adres zamieszkania

- ulica, nr domu, nr lokalu
- kod pocztowy, miejscowość
- powiat
- gmina

PESEL	Tel.	e-mail
--------------	-------------	---------------

Miejsce pracy

- nazwa firmy i adres
- tel. kontaktowy

IV. RODZIC / PRAWNY OPIEKUN II ***- niepotrzebne skreślić*

Imię	Nazwisko	Seria i nr dowodu osobistego
-------------	-----------------	-------------------------------------

Adres zamieszkania

- ulica, nr domu, nr lokalu
- kod pocztowy, miejscowość
- powiat
- gmina

PESEL	Tel.	e-mail
--------------	-------------	---------------

Miejsce pracy

- nazwa firmy i adres
- tel. kontaktowy

Wskazuję poniżej numer rachunku bankowego, na który proszę o przekazanie środków, wynikających ze złożonych wniosków o zwrot stawki żywniowej:

Nr rachunku bankowego : _ _ _ _ _

Właściciel rachunku bankowego.....

V. INFORMACJE O DZIECKU	
<i>Je samodzielnie:</i>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<i>Je wszystko:</i>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<i>Co lubi jeść:</i>	
<i>Czego nie lubi jeść:</i>	
<i>Pamięta o potrzebach fizjologicznych:</i>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<i>Rodzaj wychowania:</i>	<input type="checkbox"/> bezstresowe <input type="checkbox"/> w dyscyplinie
<i>Zasady, które chcemy wpoić dziecku:</i>	
VI. ZDROWIE	
<i>Często choruje:</i>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<i>Uczulone na jakieś leki:</i>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<i>Czy dziecko było szczepione:</i>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<i>Alergie wziewne:</i>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<i>Alergie pokarmowe:</i>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<i>Orzeczenie o niepełnosprawności:</i>	<input type="checkbox"/> tak (.....) <input type="checkbox"/> nie
<i>Najczęściej stosowane leki:</i>	
<i>Zalecenia lekarza:</i>	
<i>Przebyte choroby zakaźne (miesiąc, rok):</i>	<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
<i>Zaświadczenie potrzebne do szczepienia przeciwko ospie (do 3 r.ż.)</i>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

VII. INNE**Inne ważne informacje o dziecku:****Oczekiwania dotyczące zajęć, opieki, organizacji placówki:****Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych:***(podpis)***Upoważniam do odbioru mojego dziecka:**

Imię i nazwisko	Nr dowodu osobistego	Nr telefonu	Stopień pokrewieństwa
			Rodzic / opiekun I
			Rodzic / opiekun II

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

.....

(podpis)