



**Domki Przeszkolaka Montessori**

**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA  
DO DOMKU PRZESZKOLAKA MONTESSORI**

Rok szkolny ...../.....

**DATA ZGŁOSZENIA** .....

**1. Nazwisko dziecka:**

.....

**2. Imiona dziecka:**

.....

**3. Data i miejsce urodzenia:**

.....

**4. Nr PESEL dziecka; obywatelstwo:**

.....

**5. Przedszkole, do którego dziecko uczęszczało:**

.....

**6. Przychodnia lekarska, do której dziecko jest zapisane (nazwa i adres):**

.....

.....

**7. Nazwisko i imię ojca (prawnego opiekuna):**

.....

**8. Nazwisko i imię matki (prawnej opiekunki):**

.....

**9. Telefon kontaktowy/e-mail:**

.....

**10. Miejsce zameldowania dziecka** (zgodnie z danymi w wydziale meldunkowym):

.....  
.....

**11. Miejsce zamieszkania (pobytu) dziecka:**

.....  
.....

**12. Szkoła rejonowa (nazwa):**

.....  
.....

**13. Inne uwagi o dziecku lub rodzinie, np. uczulenia, choroba przewlekła itp.:**

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

Tczew, .....

.....  
*podpis Rodzica ( prawnego opiekuna )*



**Domek Przedszkolaka Montessori**

## OŚWIADCZENIE

My, niżej podpisani,

.....  
( imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów )

wyrażamy zgodę na przetwarzanie naszych danych osobowych takich jak: imię i nazwisko, adres, aktualne miejsce pracy, numer telefonu domowego lub służbowego, zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dnia 28.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. nr 133 poz. 883 ) przez Domek Przedszkolaka Montessori w Tczewie w celu realizacji zadań związanych z procesem rekrutacji w stosunku do córki/syna .....

.....  
*data*

.....  
*podpis Rodziców/Opiekunów*



**Domki Przeszkolaka Montessori**

**Ankieta dla kandydata**  
(wypełniają rodzice/opiekunowie)

Imię i nazwisko dziecka .....

**1. Dlaczego zdecydowali się Państwo postać dziecko do naszej placówki?**

.....  
.....

**2. Czy obydwoje Państwo pracujecie zawodowo?**

.....  
.....

**3. Z ilu osób składa się Państwa rodzina?**

.....

**4. Jakie zainteresowania, pasje posiada Państwa dziecko?**

.....  
.....

**5. O jakich innych zaletach Waszego dziecka chcieliby Państwo napisać?**

.....  
.....

**6. Czy Państwa dziecko jest pod stałą opieką lekarską? Jeżeli tak, to jaką i z jakiego powodu?**

.....  
.....

**7. Czy dziecko ma stwierdzoną :**

Alergię Tak  Nie  jaką.....

Astmę Tak  Nie

Epilepsję Tak  Nie

Inne .....

**8. Czy mają Państwo jakieś szczególne oczekiwania wychowawcze lub edukacyjne wobec naszej placówki?**

.....  
.....

**9. Jakiego typu pomoc możecie Państwo zaoferować?**

.....  
.....

**10. Z jakiego źródła dowiedzieli się Państwo o naszej placówce?**

.....  
.....

dnia .....

.....

*podpis*  
*Rodziców/Opiekunów*