**KARTA INFORMACYJNA O DZIECKU**

1. **DANE OSOBOWE DZIECKA**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE DZIECKA** | |
| Imiona |  |
| Nazwisko |  |
| Data urodzenia |  |
| Miejsce urodzenia |  |
| Pesel dziecka |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | |
| Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |

1. **INNE INFORMACJE O DZIECKU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACJE PODSTAWOWE** | | |
| Czy dziecko samo się ubiera? |  | |
| Czy pamięta o swoich potrzebach fizjologicznych ? |  | |
| Czy dziecko radzi sobie w relacjach z rówieśnikami? |  | |
| Czy dziecko wychowane jest według zasad i reguł? |  | |
| **POSIŁKI** | | |
| Czy je samodzielnie? |  | |
| Czy je wszystko? |  | |
| **ZDROWIE** | | |
| Czy dziecko urodziło się zdrowe? |  | |
| Czy często choruje? |  | |
| Czy przeszło odrę?( miesiąc, rok) |  | |
| Czy przeszło świnkę?( miesiąc, rok) |  | |
| Czy przeszło różyczkę?( miesiąc, rok) |  | |
| Czy przeszło ospę?( miesiąc, rok) |  | |
| Czy przeszło koklusz?( miesiąc, rok) |  | |
| Czy przeszło płonicę?( miesiąc, rok) |  | |
| Czy przeszło gorączkę trzydniową?(miesiąc, rok) |  | |
| Alergeny wziewne? |  | |
| Alergeny pokarmowe? |  | |
| Czy jest uczulone na jakieś leki? |  | |
| Najczęściej stosowane lekarstwa? |  | |
| Zalecenia lekarza |  | |
| **DOTYCHCZASOWY RYTM DNIA DZIECKA** | |
|  | |
| **INNE WAŻNE INFORMACJE O DZIECKU** | |
|  | |

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych** zawartych w formularzu rekrutacyjnym zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c, art. 7, art.8 oraz art. 9 ust.2 lit. g rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE(Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016r.) - RODO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(miejscowość, data)* |  | *(czytelny podpis osoby wypełniającej formularz)* |