



Opole, dnia \_\_\_\_\_

## KWESTIONARIUSZ PRZYJĘCIA DZIECKA

Planowany termin objęcia dziecka opieką: \_\_\_\_\_

Preferowany oddział:  CENTRUM  PÓŁWIEŚ

### Dane ogólne

Imię, nazwisko dziecka \_\_\_\_\_

Data, miejsce urodzenia \_\_ - \_\_ - 20\_\_ r., \_\_\_\_\_, PESEL \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_

### Dane matki/opiekuna:

Imię, nazwisko \_\_\_\_\_

seria i numer dowodu osobistego \_\_\_\_\_

Data, miejsce urodzenia \_\_ - \_\_ - \_\_\_\_ r., \_\_\_\_\_, PESEL \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_

(proszą podać tylko w przypadku, gdy adres jest inny niż adres dziecka)

miejsce pracy \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_ służbowy \_\_\_\_\_ e - mail \_\_\_\_\_

### Dane ojca/opiekuna:

Imię, nazwisko \_\_\_\_\_

Seria i nr dowodu osobistego \_\_\_\_\_

Data, miejsce urodzenia \_\_ - \_\_ - \_\_\_\_ r., \_\_\_\_\_, PESEL \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_

(proszą podać tylko w przypadku, gdy adres jest inny niż adres dziecka)

miejsce pracy \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_ służbowy \_\_\_\_\_ e - mail \_\_\_\_\_

## INFORMACJE O DZIECKU

Sprawnie chodzi: tak / nie Sprawnie biega: tak / nie

Wyraża się za pomocą:

gestów i mimiki,  używa pojedynczych wyrazów,  potrafi mówić całymi zdaniami

Dziecko wymaga pomocy przy:  myciu rączek, buzi  ubieraniu i rozbieraniu się

Spożywanie posiłków:

samodzielnie  wymaga niewielkiej pomocy  trzeba je karmić  je \*łyżeczką \*z butelki

Schemat godzinny posiłków: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

**Preferencje żywieniowe:**

- je wszystko i chętnie
- nie lubi potraw /jakich?/ \_\_\_\_\_
- jest niejadkiem \_\_\_\_\_
- specjalne potrzeby żywieniowe /jakie?/ \_\_\_\_\_
- jest uczulone /alergia/ na co? \_\_\_\_\_

**Potrzeby fizjologiczne:**

- jest samodzielne                       zgłasza potrzebę, ale wymaga pomocy
- trzeba je pilnować, bo zapomina     nosi pampersa: \* tylko do spania, \* całodobowo
- inne \_\_\_\_\_

**Jak dziecko usypia:**

- samo                       w obecności dorosłej osoby

**Czy dziecko posiada przyzwyczajenia, które ułatwiają mu zasypianie:**

---

**Zabawy i uzdolnienia:**

Czym dziecko się interesuje? \_\_\_\_\_

W jakim kierunku wykazuje uzdolnienia?

---

Jakimi zabawkami lubi się bawić? \_\_\_\_\_

Czy lubi uczestniczyć w zabawach z grupą?

---

**Wychowanie dziecka:**

- bezstresowe             stosujemy zarówno kary jak i nagrody
- wychowujemy dziecko z surową dyscypliną  dążymy do wpajania określonych zasad
- 
- 

**Oczekiwania rodziców /jakie/**

---

---

**Godziny oraz dni pobytu dziecka**

od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ godziny

dni tygodnia: \_\_\_\_\_

inne: \_\_\_\_\_

## Inne ważne informacje o dziecku

### Zdrowie:

czy dziecko urodziło się zdrowe? \_\_\_\_\_









czy dziecko często choruje? \_\_\_\_\_

stałe choroby /jakie/ \_\_\_\_\_  
 choroby zakaźne /jakie/ \_\_\_\_\_

alergie /jakie/ \_\_\_\_\_  
 wady rozwojowe /jakie/ \_\_\_\_\_

czy dziecko przyjmuje na stałe leki /jakie/ \_\_\_\_\_

### Jakie szczepienia miało dziecko? (proszę zaznaczyć wykonane szczepienia)

Schemat szczepień wg Programu Szczepień Ochronnych (Komunikat GIS z dnia 27 marca 2007 r.)			Alternatywny kalendarz szczepień 2 miesiąc - 3 rok życia z wykorzystaniem płatnych szczepionek zalecanych		
Wiek	Szczepienie obowiązkowe (bezpłatne) i wybrane szczepienia zalecane (płatne)	Liczba wkłuć podczas 1 wizyty	PROGRAM EKONOMICZNY	PROGRAM STANDARDOWY	PROGRAM KOMPLEKSOWY
Po urodzeniu	wzw B, Gruźlica				
2 miesiąc	blonica, tężec, krztusiec (szczepionka pełnokomórkowa) Hib, wzw B Rotawirus*		4 w I (DTPa+Hib) wzw B Rotawirus* (szczepionka doustna)	5 w I wzw B Rotawirus* (szczepionka doustna)	6 w I Rotawirus* (szczepionka doustna)
3/4 miesiąc	blonica, tężec, krztusiec (szczepionka pełnokomórkowa) Hib, Polio (IPV) Rotawirus*		4 w I (DTPa+Hib) polio Rotawirus* (szczepionka doustna)	5 w I Rotawirus* (szczepionka doustna)	6 w I Rotawirus* (szczepionka doustna)
5 miesiąc	blonica, tężec, krztusiec (szczepionka pełnokomórkowa) Hib Polio (IPV)		4 w I (DTPa+Hib) polio	5 w I	6 w I
6/7 miesięcy	wzw B		wzw B	wzw B	
13-14 miesiąc	Odra, Świnka Różyczka Ospa wietrzna*		3 w I (odra + świnka + różyczka) ospa wietrzna*	3 w I (odra + świnka + różyczka) ospa wietrzna*	3 w I (odra + świnka + różyczka) ospa wietrzna*
16-18 miesiąc	blonica, tężec, krztusiec (szczepionka pełnokomórkowa) Hib Polio (IPV)		4 w I (DTPa+Hib) polio	5 w I	6 w I
24 miesiąc (bilans dwulatka)	wzw A*		wzw A*	wzw A*	wzw A*
2,5-3 lat	wzw A*		wzw A*	wzw A*	wzw A*
	<b>Suma wkłuć</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>8</b>

\* Szczepienie zalecane (płatne)

Szczepionki oferowane w ramach poszczególnych pakietów: ekonomicznego, standardowego, kompleksowego

3 w I – szczepionka skojarzona przeciwko odrze, śwince i różyczce  
 4 w I (DTPa + Hib) – szczepionki przeciwko błonicy, tężcowi i krztuscowi (acelularna) oraz Hib, które można podać w jednej iniekcji, ale wyłącznie, gdy wykorzystuje się szczepionki firmy GlaxoSmithKline

5 w I (DTPa + IPV + Hib) – szczepionka skojarzona przeciwko: błonicy, tężcowi, krztuscowi, polio, Hib

6 w I (DTPa + IPV + Hib + wzw B) – szczepionka skojarzona przeciwko: błonicy, tężcowi, krztuscowi, polio, Hib, wzw B

DTPa – szczepionka skojarzona przeciwko: błonicy, tężcowi, krztuscowi, acelularna; Hib - *Haemophilus influenzae* typu b;

wzw B - wirusowe zapalenie wątroby typu B; wzw A - wirusowe zapalenie wątroby typu A

Zarejestrowane i dostępne na rynku polskim szczepionki mogą być stosowane w realizacji szczepień obowiązkowych i zalecanych.

Należy stosować je zgodnie ze wskazaniami i zaleceniami producenta.

Pediatra prowadzący (imię i nazwisko / adres ośrodka zdrowia): \_\_\_\_\_

Czy dziecko uczęszczało do żłobka?

tak /jakiego/ \_\_\_\_\_

nie

### Informacja dotycząca koncentracji uwagi dziecka:

---

#### Czy dziecko przebywało pod opieką?

dziadków       opiekunki       starszego rodzeństwa

#### Czy dziecko ma kontakt z rówieśnikami poza placówką?

tak, stały       sporadyczny       w ogóle

#### Jak dziecko adaptuje się do nowych sytuacji, otoczenia, osób?:

płacze     jest onieśmiałe     jest swobodne

inne (jaki?) \_\_\_\_\_

uwagi:

---

#### Osoby upoważnione do odbioru dziecka:

---

(imię i nazwisko)                          (stopień pokrewieństwa)                          (nr dowodu osobistego)

---

(imię i nazwisko)                          (stopień pokrewieństwa)                          (nr dowodu osobistego)

---

(imię i nazwisko)                          (stopień pokrewieństwa)                          (nr dowodu osobistego)

#### Jakie lekarstwa/medykamenty przyjmuje dziecko:

---

#### Deklaracje Rodzica/Opiekuna:

Wyrażam zgodę na podanie doustnie/doodbytniczo leku obniżającego gorączkę w przypadku stwierdzenia podwyższonej temperatury do 38,5 st. C.

Lek ze składnikiem czynnym : paracetamol, ibuprofen , inny (jaki?) \_\_\_\_\_.

Podpis

W razie zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka wyrażam/nie wyrażam zgody na przewiezienie dziecka do szpitala i udzielenie pomocy medycznej

Podpis

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań psychologicznych, obserwacji psychologicznych i zajęć z dziećmi.

Podpis

Zgodnie z art. 81 ust.1 ustawy o prawach autorskich i prawach pokrewnych (Dz. U. Nr 90 z 2006r., poz.631 ze zm.) wyrażam zgodę na publikację zdjęć dziecka i przetwarzanie danych osobowych na stronach internetowych, w materiałach reklamowych i w środkach masowego przekazu w celach promocyjno-marketingowych Akademii Kinder Centrum.

Podpis

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje w niniejszej deklaracji są zgodne ze stanem faktycznym oraz zobowiązuję się do aktualizacji powyższych danych w przypadku ich zmiany.

Podpis

---

Informujemy, iż Agencja Mawex Maria Śmigielska Sp. J. z siedzibą w Naroku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 Nr 101 poz. 926 z późniejszymi zmianami) na podstawie Ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 oraz Ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, zbiera i przetwarza dane osobowe Pana/Pani oraz dane osobowe pozostałych członków Pana/Pani rodziny i osób upoważnionych przez Pana/Panią do odbioru dziecka z placówki **AKADEMIA KINDER CENTRUM**, w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków, w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w przedmiocie działalności na rzecz dzieci. Informujemy jednocześnie, że przysługuje Panu/Pani prawo wglądu do danych oraz uzupełnienia, uaktualnienia oraz żądania sprostowania zgromadzonych danych w razie stwierdzenia, że dane te są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe. Podane dane mogą być udostępniane do Urzędu Miasta Opola w celu rozliczania dotacji celowej.



Opole, dnia \_\_\_\_\_

## OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Oświadczam, iż jestem rodzicem/opiekunem prawnym dziecka

\_\_\_\_\_, PESEL \_\_\_\_\_

*Imię i Nazwisko dziecka*

i deklaruje zapisanie dziecka do żłobka Akademia Kinder Centrum w Opolu na rok 2019r.  
na 10 godzinną opiekę.

Jednocześnie oświadczam, iż stałe zamieszkuje w \_\_\_\_\_  
przy ul. \_\_\_\_\_

Zgodnie z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553 z późn.zm.) osoba, która składa fałszywe oświadczenie i została uprzedzona o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

\_\_\_\_\_

*czytelny podpisz rodzica/opiekuna*





Informujemy, iż Agencja Mawex Maria Śmigiełska Sp. J. z siedzibą w Naroku przetwarza dane osobowe zawarte w kwestionariuszu przyjęcia dziecka, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 Nr 101 poz. 926 z późniejszymi zmianami) na podstawie ustawy z dnia 4 lutego 2011r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. 2013 poz. 1457 z późniejszymi zmianami).

---

Jako rodzic/ opiekun prawny dziecka:

\_\_\_\_\_ ,  
imię i nazwisko dziecka

PESEL \_\_\_\_\_

oświadczam, iż:

1. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w kwestionariuszu przyjęcia dziecka do placówki na cele świadczenia opieki nad dzieckiem w żłobku Akademia Kinder Centrum w Opolu.
2. wyrażam zgodę na przekazywanie danych osobowych w zakresie realizacji dotacji celowej z Urzędu Miasta Opola.

\_\_\_\_\_  
*czytelny podpis rodzica- mama/ opiekun prawny*

oświadczam, iż:

1. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w kwestionariuszu przyjęcia dziecka do placówki na cele świadczenia opieki nad dzieckiem w żłobku Akademia Kinder Centrum w Opolu.
2. wyrażam zgodę na przekazywanie danych osobowych w zakresie realizacji dotacji celowej z Urzędu Miasta Opola.

\_\_\_\_\_  
*czytelny podpis rodzica - tata/ opiekun prawny*

