

Oświadczenia i zgody rodziców dzieci uczęszczających do Przedszkola Publicznego nr 3 Łamiglówka w Żninie

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia:

WYRAŻAM ZGODĘ NA:				
W sytuacjach niemożności nawiązania kontaktu telefonicznego z rodzicami/ opiekunami prawnymi na interwencję lekarza pogotowia ratunkowego	TAK*		NIE*	
Diagnostyczno-pedagogiczne badania dziecka prowadzone przez wychowawcę grupy wynikające z	TAK*		NIE*	
Wstępne badania przesiewowe, logopedyczne i obserwacje psychologiczne, a w przypadku stwierdzenia konieczności, udzielenia	TAK*		NIE*	
Na przegląd czystości głowy mojego dziecka w celu wyeliminowania	TAK*		NIE*	
Na czynności pielęgnacyjno-higieniczne wykonywane przez	TAK*		NIE*	
Udzielanie wsparcia dziecku w ramach pomocy psychologiczno-	TAK*		NIE*	
Udzielenie pierwszej pomocy w nagłych przypadkach, przez personel pedagogiczny i personel	TAK*		NIE*	
Zostałam/em poinformowana/y, że podczas pobytu dziecka w klubie dziecięcym nie mogą być podawane żadne leki, nawet te wydawane bez recepty. Zobowiązuję się	TAK*		NIE*	
Robienie zdjęć i filmowanie mojego dziecka w przedszkolu (w czasie zajęć i imprez okolicznościowych) oraz na umieszczanie zdjęć i filmów na stronie	TAK*		NIE*	

Robienie zdjęć i filmowanie mojego dziecka w przedszkolu (w czasie zajęć i imprez okolicznościowych) oraz na umieszczanie zdjęć i filmów w mediach	TAK*		NIE*	
Publikowanie zdjęć i filmów z uroczystości w mediach	TAK*		NIE*	
Na wyjście dziecka na spacer po teren przedszkola.	TAK*		NIE*	
Deklaruję pisemnie na bieżąco informować dyrektora klubu dziecięcego oraz wychowawcę w przypadku zmiany mojego miejsca	TAK*		NIE*	
Zostałam/em zapoznany z procedurami bezpiecznego pobytu dziecka w przedszkolu i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nich	TAK*		NIE*	
Zostałam/em zapoznany ze statutem przedszkola i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nim	TAK*		NIE*	
Zostałam/em zapoznany z regulaminem przyprowadzania i odbierania dzieci z przedszkola i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nim	TAK*		NIE*	

*wpisz X przy odpowiednim

Informacje o alergiach, diecie i stanie zdrowia dziecka:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DATA.....

PODPISY RODZICÓW

.....

(podpis matki/prawnego opiekuna)

.....
(podpis ojca/prawnego opiekuna)