Załącznik nr 1 do Regulaminu Pierwszej Rekrutacji dzieci

do "Klubu Dziecięcego Małe Ludki" w Ludwinowie

Nr wniosku	
Data i godzina złożenia	

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA
DO KLUBU DZIECIĘCEGO MAŁE LUDKI W LUDWINOWIE

Proszę o przyjęcie dziecka …….

(imię i nazwisko dziecka)

do „Klubu Dziecięcego Małe Ludki" w Ludwinowie od dnia ……. do dnia ……. w godzinach od ……do …… (godziny preferowane).

I Dane Dziecka

Imię i nazwisko dziecka	
Adres zamieszkania dziecka	
Data urodzenia	
PESEL (w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL - numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość)	
Obywatelstwo	

II Kryteria przyjęcia

		liczba przyznanych punktów*
Wielodzietność rodziny (troje i więcej dzieci do 18 roku życia) (załącznik **nr 1)**	TAK NIE	
Dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności (załącznik **nr 2**)	TAK NIE jeśli tak to jakie: ……	
Dziecko obojga rodziców (prawnych opiekunów) pracujących zawodowo lub uczących się w systemie dziennym (załącznik **nr 3**)	TAK NIE	
Dziecko samotnie wychowywane przez rodzica (opiekuna prawnego) pracującego lub uczącego się w systemie dziennym (załącznik **nr 4**)	TAK NIE	
Dziecko jest objęte pieczą zastępczą (załącznik **nr 7**)	TAK NIE	
Dziecko rodzica (prawnego opiekuna), wobec którego orzeczono znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności (załącznik **nr 8**)	TAK NIE	
*Suma przyznanych punktów:		

III DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU

1. Czy dziecko chodziło do innego żłobka/klubu dziecięcego?	TAK (jak długo? …….) NIE
2. Jakie są ulubione zajęcia, zabawy, zabawki dziecka?	
3. Czy dziecko jest samodzielne w zakresie korzystania z toalety/nocnika?	TAK NIE
4. Czy dziecko samodzielnie je posiłki?	TAK NIE PRÓBUJE JEŚĆ SAMODZIELNIE
5. Czy dziecko śpi w ciągu dnia?	TAK* NIE *Jak długo: ……. W jakich godzinach: …….
6. W jaki sposób dziecko najczęściej zasypia? (np. na rękach, przy czytaniu książeczki, muzyka w tle, w ciszy, itp.)	
7. W jaki sposób złagodzić płacz dziecka? (przytulanie, śpiewanie, ulubiona zabawka, smoczek, itp.)	
8. Sposób komunikacji:	·używa gestów i mimiki ·używa pojedynczych wyrazów ·buduje proste zdania
9. Sposób poruszania się:	·pełza ·raczkuje ·chodzi trzymane za rękę ·chodzi samodzielnie
10. Rodzaje posiłków, z których dziecko będzie korzystało – proszę zaznaczyć x	·śniadanie ·obiad ·podwieczorek

11. Czy dziecko ma alergie pokarmowe lub inne?	TAK NIE jeśli tak to jakie? ……
12. Czy dziecko wymaga stosowania eliminacyjnej diety?	TAK NIE jeśli tak to jakiej? ……
13. Czy dziecko ma rozpoznaną przewlekłą chorobę?	TAK NIE
Inne ważne informacje dotyczące dziecka	