Załącznik Nr 2 do Zarządzenia Nr 4/2024

Dyrektora Żłobka Nr 2 w Opolu

z dn. 09 kwietnia 2024 r.

**Wniosek o przyjęcie dziecka do**

**Żłobka Nr 2**

**w Opolu**

|  |  |
| --- | --- |
| DATA WPŁYWU | PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ |
|  |  |

Proszę o przyjęcie ………………………………………………………………………………

(imiona i nazwisko dziecka)

Data urodzenia………………..w………………………NR PESEL…………………………...

(miejscowość)

Adres stałego/tymczasowego zameldowania dziecka

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

Dziecko zapisane jest również do: Żłobka Nr 3, Żłobka Nr 4,   
Żłobka Nr 9, Żłobka Pomnik Matki Polki⁮ (właściwe zaznaczyć X)

Dziecko uczęszcza do żłobka niepublicznego:…………………………………………………

(nazwa żłobka)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE MATKI / OPIEKUNA PRAWNEGO** | | | | | **DANE OJCA / OPIEKUNA PRAWNEGO** | | | | | |
| IMIĘ |  | | | | IMIĘ |  | | | | |
| NAZWISKO |  | | | | NAZWISKO |  | | | | |
| **ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA** | | | | | **ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA** | | | | | |
| ULICA |  | | | | ULICA |  | | | | |
| NR DOMU |  | NR LOKALU | |  | NR DOMU |  | | NR LOKALU |  | |
| MIEJSCOWOŚĆ |  | | | | MIEJSCOWOŚĆ |  | | | | |
| TEL. DOMOWY |  | | | | TEL. DOMOWY |  | | | | |
| TEL. PRACA |  | | | | TEL. PRACA |  | | | | |
| TEL KOM. |  | | | | TEL. KOM. |  | | | | |
| **ZATRUDNIENIE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH**\* (WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ ZAZNACZYĆ x W ODPOWIEDNIEJ KRATCE)  ⁭ OBOJE RODZICE/OPIEKUNOWIE PRAWNI PRACUJĄ  ⁭ JEDNO Z RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH PRACUJE  ⁭ RODZICE/OPIEKUNOWIE PRAWNI NIE PRACUJĄ | | | | | | | | | | |
| **MIEJSCE PRACY MATKI / OPIEKUNA PRAWNEGO** | | | | | **MIEJSCE PRACY OJCA / OPIEKUNA PRAWNEGO** | | | | | |
| **RODZICE / OPIEKUNOWIE PRAWNI STUDIUJĄCY LUB UCZĄCY SIĘ W SYSTEMIE DZIENNYM**  ⁭ OBOJE RODZICE/OPIEKUNOWIE PRAWNI STUDIUJĄ  ⁭ JEDEN RODZIC/OPIEKUN PRAWNY STUDIUJE  ⁭ RODZICE/OPIEKUNOWIE PRAWNI NIE STUDIUJĄ | | | | | | | | | | |
| **DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU- orzeczenie o niepełnosprawności, stała choroba, inne** | | | | | | | | | | |
| **CZY DZIECKO POSIADA RODZEŃSTWO W ŻŁOBKU**  ⁭ **TAK**  ⁭ **NIE** | | | | | | | | | |
| UPRZEDZONY O ODPOWIEDZIALNOSCI KARNEJ (ART.233.K.K) OŚWIADCZAM, ŻE PODANE DANE SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM.  PODANIE NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI SKUTKUJE ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ KARNĄ ORAZ SKREŚLENIEM Z LISTY REKRUTACYJNEJ LUB LISTY DZIECI UCZĘSZCZAJACYCH DO ŻŁOBKA.  ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO POTWIERDZNIA OCZEKIWANIA NA MIEJSCE W ŻŁOBKU (RAZ W KWARTALE)-OSOBIŚCIE, TELEFONICZNIE LUB DROGĄ ELEKTRONICZNĄ NA ADRES E-MAIL:  [zlobeknr2opole@wp.pl](mailto:zlobeknr2opole@wp.pl) Tel. 77 4538032  UWAGA:  **Brak potwierdzenia powyżej 6 m-cy jest równoznaczne z rezygnacją z chęci oddania dziecka do żłobka.** | | | | | | | | | |
| NR DOWODU OSOBISTEGO RODZICA/OPIEKUNA SKŁADAJACEGO WNIOSEK  SERIA………………………..NUMER…………………… | | | | | | | | | |
|  | | | PODPIS MATKI/OPIEKUNA PRAWNEGO | | | | PODPIS OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO | | |

WYRAŻAM ZGODĘ NA ZBIERANIE, PRZETWARZANIE I WYKORZYSTANIE W CELACH ZWIAZANYCH Z PRZYJĘCIEM I POBYTEM NASZEGO DZIECKA DANYCH OSOBOWYCH ZGODNIE Z USTAWĄ Z DNIA 29 SIERPNIA 1997 r. O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH (Dz. U. z 2019 r.   
poz. 1781).

OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM/AM SIĘ Z ZASADAMI REKRUTACJI DZIECI DO ŻŁOBKA.

………………………………………

Podpis