



Informacje o stanie zdrowia dziecka

na dzień

Imię i nazwisko dziecka	
------------------------------------	--

1. Czy dziecko jest szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień?

☐ tak ☐ nie

2. Czy dziecko jest pod stałą opieką lekarza?

☐ tak ☐ nie

3. Czy dziecko przechodziło choroby zakaźne? (np. ospa, różyczka, świnka, żółtaczka, itp.)

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak proszę wymienić jakie

4. Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe?

☐ tak ☐ nie

5. Czy dziecko przyjmuje na stałe leki?

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak proszę podać jakie.

6. Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej?

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak proszę podać jakiej.

7. Czy dziecko ma zdiagnozowaną wadę słuchu lub wzroku?

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak czy nosi okulary lub aparat słuchowy?

.....

8. Czy dziecko posiada znamiona lub blizny?

☐ tak ☐ nie

9. Czy dziecko przeżyło zabieg operacyjny?

☐ tak ☐ nie

10. Czy dziecko jest uczulone?

☐ tak ☐ nie



Jeśli tak proszę podać na co i opisać jaka jest reakcja organizmu.

.....
.....

11. Czy dziecko ma zalecenia związane z dietą?

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak proszę podać jakie.

.....
.....
.....

12. Inne informacje o dziecku: (proszę przekazać informacje, które uznacie Państwo za ważne):

.....
.....
.....

Zgodnie z rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) potwierdzamy, że powyższe dane osobowe dziecka i rodziców (imię, nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania i zameldowania, PESEL dziecka oraz imię i nazwisko, miejsce zatrudnienia oraz dane teleadresowe rodziców) zostały podane dobrowolnie, świadomie i jednoznacznie w celu zapewnienia właściwej opieki w przedszkolu/żłobku*. Administratorem zbioru danych osobowych jest Żłobek AMIsiowa Kraina Dziecka w Zduńskiej Woli. Jednocześnie informujemy, że przysługuje Państwu prawo do wglądu, do poprawienia swoich danych osobowych oraz żądania zaprzestania przetwarzania danych osobowych.

.....
(data i podpis matki/prawnego opiekuna)

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