



ANKIETA ZDROWIA DZIECKA

Dane dziecka

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Pesel:

Miejsce zamieszkania:

Dane matki/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko:

Pesel:

Miejsce zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Dane ojca/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko:

Pesel:

Miejsce zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Informacje zdrowotne

Choroby

przewlekłe:
.....
.....

Alergie:
.....
.....

Leki przyjmowane na stałe

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

Dodatkowe

informacje:
.....
.....
.....
.....

Kontakt (inni niż opiekun prawny)

Telefon kontaktowy 1:

Telefon kontaktowy 2:

Przyzwyczajenia dziecka

Pory snu:

Ulubiona zabawka/kocyk:

Ulubiona potrawa:

Nielubiana potrawa:

Ulubiona zabawa:

Inne istotne

informacje:
.....
.....

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

- Korzysta z pieluszki: TAK / NIE
- Korzysta z nocnika: TAK / NIE
- Korzysta z toalety: TAK / NIE
- Je samodzielnie: TAK / NIE
- Pije mleko: TAK / NIE
- Chodzi samodzielnie: TAK / NIE

Osoby upoważnione do odbioru:

(inne niż opiekun prawny)

Imię i nazwisko	Nr dowodu	Telefon	Pokrewieństwo

Oświadczam(-y), że wszystkie dane podane w niniejszej Karcie Informacyjnej są zgodne ze stanem faktycznym i zostały przekazane zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania placówki o każdej zmianie danych zawartych w niniejszej karcie, w szczególności dotyczących danych kontaktowych, adresu zamieszkania oraz innych informacji mających znaczenie dla zapewnienia właściwej opieki nad dzieckiem.

Jestem świadomy odpowiedzialności za podanie danych niezgodnych z prawdą.

Data i podpis :.....