

Przed wypełnieniem należy przeczytać całość!

UWAGI: Część I wypełniają rodzice lub prawni opiekunowie dziecka, a **miejsce pracy rodziców lub opiekunów potwierdzają zakłady pracy lub właściwe urzędy.**

Część II wypełnia lekarz pediatra.

Część III i IV wypełniają rodzice lub prawni opiekunowie dziecka.

CZĘŚĆ I

KARTA ZAPISU DZIECKA DO ŻŁOBKA

Proszę o przyjęcie

ur. dnia PESEL..... do **Żłobka Miejskiego Nr 9 w**

Białymstoku od dnia na godzin tj. od do

Adres zamieszkania dziecka i rodziców (opiekunów prawnych)

.....

.....

Białystok, dnia.....

(podpis matki /opiekuna prawnego) (podpis ojca/opiekuna prawnego)

Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego.....

Miejsce pracy lub nauki

Zawód wykonywany

Okres zatrudnienia/nauki.....

Pracownica przebywa/ nie przebywa* do dniana urlopie macierzyńskim.

Pracownica przebywa/ nie przebywa* do dnia na urlopie rodzicielskim.

Pracownica przebywa/ nie przebywa* do dnia na urlopie wychowawczym.

Pracownica przebywa/ nie przebywa* do dnia na urlopie bezpłatnym.

.....
/podpis i pieczętka zakładu pracy/ szkoły/

Imię i nazwisko ojca / opiekuna prawnego

Miejsce pracy lub nauki

Zawód wykonywany

Okres zatrudnienia/nauki.....

Pracownik przebywa/ nie przebywa* do dnia na urlopie ojcowskim.

Pracownik przebywa/ nie przebywa* do dnia na urlopie rodzicielskim.

Pracownik przebywa/ nie przebywa* do dniana urlopie wychowawczym.

Pracownik przebywa/ nie przebywa* do dniana urlopie bezpłatnym.

.....
/podpis i pieczętka zakładu pracy/szkoły/

CZĘŚĆ II

.....
/pieczęć i podpis lekarza/

Opinia lekarza pediatry/lekarza rodzinnego o rozwoju psychofizycznym dziecka

1. Czy dziecko może uczęszczać do Żłobka

.....

2. Czy stan zdrowia dziecka nie budzi zastrzeżeń

.....

.....

3. Czy dziecko posiada szczepienia ochronne zgodne z programem szczepień
ochronnych ogłaszanych przez GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO na dany rok
kalendarzowy i adekwatnych do wieku dziecka?

a) Tak

b) Nie

c) Inne/ Jeżeli występują jakiegokolwiek przeciwwskazania do szczepień ochronnych

.....

.....

4. Dieta

.....

Białystok, dnia.....

.....

/pieczęć i podpis lekarza/

UPROSZCZONA KLAUZULA INFORMACYJNA

1. Administrator przetwarza dane osobowe dziecka dotyczące stanu zdrowia w celu wykonania obowiązku prawnego - zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 3a ust 1 pkt 6 ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 z dnia 4 lutego 2011r. (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 75 z późn. zm.) w celu realizacji ustawowych zadań Administratora, w tym przeprowadzenia postępowania rekrutacyjnego, opieki nad dzieckiem. Podanie danych jest obowiązkowe, a ich nie podanie jest brakiem uniemożliwiającym przyjęcie dziecka do Żłobka i świadczenia mu usług opiekuńczych;

2. Dane dotyczące stanu zdrowia będą przechowywane jedynie przez czas sprawowania opieki nad dzieckiem i zostaną usunięte po rozwiązaniu bądź wygaśnięciu umowy.

CZĘŚĆ III

INNE UWAGI RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

1. Zostałam/em poinformowana/y, że złożenie niniejszej karty zapisu **nie jest** równoznaczne z przyjęciem mojego dziecka do żłobka.
2. Informuję, że moim miejscem zamieszkania jest Miasto Białystok, tu złożyłam/em zeznanie podatkowe PIT za rok i nie wskazałam/em innego miejsca przekazania podatku niż Miasto Białystok.
3. W sytuacji przyjęcia dziecka zobowiązuję się powiadomić Żłobek o wszelkich zmianach w zakresie danych zawartych w zgłoszeniu.
4. Informuję, iż moje dziecko posiada/nie posiada Białostocką Kartę Dużej Rodziny.
5. Oświadczam, iż zapoznałam się z Regulaminem Organizacyjnym Żłobka Miejskiego nr 9 w Białymstoku.
6. Oświadczam, że podane w karcie informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Osoba, która zatai prawdę lub zezna nieprawdę, zgodnie z art. 233 kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności do lat ośmiu.

Białystok, dnia..... /podpis matki /opiekuna prawnego/ /podpis ojca /opiekuna prawnego/

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka:.....

Wyrażam zgodę na wykonywanie i przetwarzanie wizerunku dziecka, jego prac w formie zdjęć, filmów, przez Żłobek Miejski nr 9 w Białymstoku dla następujących celów (proszę zakreślić Tak lub Nie):

| Promocji oraz informowanie oraz dokumentowanie pracy z dzieckiem | | |
|--|-----|-----|
| Na stronie Facebook | TAK | NIE |
| Na stronie internetowej | TAK | NIE |
| W księdze pamiątkowej | TAK | NIE |
| Na tablicach (gazetkach) na terenie budynku żłobka (szatnia, hol, klatka schodowa) | TAK | NIE |

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o tym że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Żłobek Miejski nr 9 w Białymstoku, ul. Ignacego Mościckiego 2J, 15-197 Białystok, reprezentowany przez Dyrektora.
2. Dane kontaktowe: Żłobek Miejski nr 9 w Białymstoku, ul. Ignacego Mościckiego 2J, 15-197 Białystok,
3. Inspektor ochrony danych: e-mail: joanna@ruszuk-synoracka.pl
4. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). **Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;**

5. Odbiorcą Pana/Pani danych może być podmiot działający na zlecenie administratora danych, tj. podmiot świadczący usługi IT w zakresie serwisowania i usuwania awarii.;

6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż 6 lat od dnia rozwiązania, wygaśnięcia umowy.

7. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do swoich danych osobowych, żądania ich sprostowania lub usunięcia. Wniesienie żądania usunięcia danych jest równoznaczne z niemożliwością dalszego przetwarzania wizerunku dziecka;

8. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo do żądania ograniczenia przetwarzania w przypadkach określonych w art. 18 RODO;

9. Podanie danych zawartych niniejszym oświadczeniu jest dobrowolne a niewyrażenie zgody nie wpłynie na wykonywanie obowiązków względem dzieci przez żłobek.

Zapoznałem(am) się z niniejszą informacją:

Białystok, dnia.....

.....

/podpis matki /opiekuna prawnego/

.....

/podpis ojca /opiekuna prawnego/

CZĘŚĆ IV

UPOWAŻNIENIE

.....
(imię i nazwisko dziecka)

Rodzice:

| Imię, nazwisko, | Numery telefonów |
|-----------------|------------------|
| | |
| | |

Niniejszym upoważniam/my do odbioru mego dziecka następujące osoby:

| Lp. | Imię, nazwisko osoby upoważnionej | Telefon |
|-----|-----------------------------------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |

Białystok, dnia.....

.....

.....

/czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych/

Załącznik do upoważnienia do odbioru dziecka

/wypełnia każda z osób wskazanych w upoważnieniu do odbioru dziecka/ np. babcia, dziadek, ciocia itp.

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Żłobek Miejski nr 9 w Białymstoku, w celu realizacji upoważnienia do odbioru dziecka.

.....

Czytelny podpis osoby upoważnionej

Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o tym że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Żłobek Miejski nr 9 w Białymstoku, ul. Ignacego Mościckiego 2J, 15-197 Białystok, reprezentowany przez Dyrektora.
2. Dane kontaktowe: Żłobek Miejski nr 9 w Białymstoku, ul. Ignacego Mościckiego 2J, 15-197 Białystok,
3. Inspektor ochrony danych: e-mail: joanna@ruszuck-synoracka.pl
4. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). **Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;**
5. Odbiorcą moich danych może być podmiot działający na zlecenie administratora danych, tj. podmiot świadczący usługi IT w zakresie serwisowania i usuwania awarii.;
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż 6 lat od dnia rozwiązania, wygaśnięcia umowy.
7. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do swoich danych osobowych, żądania ich sprostowania lub usunięcia. Wniesienie żądania usunięcia danych jest równoznaczne z utratą możliwości realizacji uprawnienia do odbioru dziecka. Ponadto przysługuje mi prawo do żądania ograniczenia przetwarzania w przypadkach określonych w art. 18 RODO.
8. Podanie danych zawartych w upoważnieniu do odbioru dziecka nie jest obowiązkowe, jednak jest warunkiem umożliwiającym realizację upoważnienia do odbioru dziecka.
9. W oparciu o dane osobowe Administrator nie podejmuje zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....

/podpis/

CZEŚĆ V

Karta wywiadu

1. Nazwisko i imię dziecka
1. Data urodzenia
2. Czy dziecko legitymuje się orzeczeniem o niepełnosprawności (TAK/NIE), a jeżeli tak, to jakim
3. Czy dziecko rozumie co się do niego mówi ?
- czy wymawia pojedyncze słowa ?
- czy próbuje mówić zdaniami ?
4. Czy dziecko miewa jakieś dolegliwości ? (niespokojny sen, brak apetytu, ulewianie, wymioty, problemy z wyrażaniem, katar alergiczny itp.)
5. Czy u dziecka występują trudności w zasypianiu ? (opisać jakie)
- Czy dziecko śpi w ciągu dnia ?
- jak długo sypia ?
- w jakich godzinach ?
6. Czy występują trudności podczas spożywania posiłków, karmienia ? (opisać jakie)
7. Czy dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne ?
8. Czy dziecko ma jakieś przyzwyczajenia ? (smoczek, ssanie palca, kołysanie do snu, pieluszka do spania, itp.)
9. Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej ? (nazwa poradni i przyczyna opieki specjalistycznej)
10. Czy dziecko jest szczepione wg kalendarza szczepień ?
- jeżeli nie, podać przyczynę
- szczepienia zalecane (podać jakie)
11. Uwagi rodziców (opiekunów) dotyczące opieki nad dzieckiem

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

