



(wypełnia żłobek)		
Data wpływu	Podpis osoby przyjmującej	Decyzja o przyjęciu/ data przyjęcia do żłobka

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA DO PUBLICZNEGO ŻŁOBKA  
W ŻELAZNEJ GM.DĄBROWA**

Proszę o przyjęcie dziecka .....

( imię i nazwisko dziecka – wypełnić drukiem)

**od dnia: 01-09-2022r./ ( jeżeli inny, należy wskazać jaki):**    \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r.\*

Data urodzenia dziecka ..... NR PESEL: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania dziecka .....

DANE MATKI/ OPIEKUNKI PRAWNEJ*				DANE OJCA/ OPIEKUNA PRAWNEGO*			
IMIĘ				IMIĘ			
NAZWISKO				NAZWISKO			
NR PESEL				NR PESEL			
ADRES ZAMIESZKANIA				ADRES ZAMIESZKANIA			
ULICA				ULICA			
NR DOMU		NR LOKALU		NR DOMU		NR LOKALU	
MIEJSCOWOŚĆ				MIEJSCOWOŚĆ			
TEL. KONTAKT				TEL. KONTAKT			
ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ				ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ			
<b>DZIECKO Z RODZINY WIELODZIECNEJ</b>							
- zaznaczyć właściwą odpowiedź: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>							
Zgodnie z ustawą o świadczeniach rodzinnych wielodzietność rodziny – oznacza to rodzinę wychowującą troje i więcej dzieci							
<b>Informacja o rodzeństwie: liczba .....</b> <b>Wiek rodzeństwa .....</b>							
<b>DZIECKO, WOBEC KTÓREGO ORZECZONO STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>							
- zaznaczyć właściwą odpowiedź : TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>							
Stoپیeń niepełnosprawności .....							
<b>DZIECKO, WOBEC KTÓREGO RODZEŃSTWA ORZECZONO ZNACZNY LUB UMIARKOWANY STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>							
- zaznaczyć właściwą odpowiedź: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>							

**DZIECKO RODZICÓW, WOBEC KTÓRYCH ORZECZONO ZNACZNY LUB UMIRKOWANY STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI BĄDŹ CAŁKOWITĄ NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY ORAZ NIEZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI NA PODSTAWIE ODREBNYCH PRZEPISÓW**

- zaznaczyć właściwą odpowiedź: TAK  NIE

**ZATRUDNIENIE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH ORAZ RODZICE STUDIUJĄCY LUB UCZĄCY SIĘ W SYSTEMIE DZIENNYM**

**OBOJE RODZICE PRACUJĄ/UCZĄ SIĘ W SYSTEMIE DZIENNYM:**

- zaznaczyć właściwą odpowiedź: TAK  NIE

**MIEJSCE PRACY/ POBIERANIA NAUKI MATKI\***

**MIEJSCE PRACY/ POBIERANIA NAUKI OJCA\***

**RODZEŃSTWO DZIECKA UCZĘSZCZA DO PUBLICZNEGO ŻŁOBKA W ŻELAZNEJ**

- zaznaczyć właściwą odpowiedź: TAK  NIE

**DZIECKO UMIESZCZONE W RODZINIE ZASTĘPCZEJ LUB PLACÓWCE OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZEJ**

- zaznaczyć właściwą odpowiedź: TAK  NIE

W przypadku wyboru należy podać adres placówki

**DANE O STANIE ZDROWIA, STOSOWANEJ DIECIE I ROZWOJU PSYCHOFIZYCZNYM DZIECKA**, np. opinia o wczesnym wspomaganiu rozwoju, orzeczenie o niepełnosprawności, stała choroba, inne.

Oświadczenie wnioskodawcy/wnioskodawców

1. Zobowiązuje się do potwierdzania oczekiwania na miejsce w żłobku raz w kwartale- osobiście, telefonicznie na nr tel. 77 464-21-19; 77 464-10-10 lub drogą elektroniczną na adres e-mail [zlobek.zelazna@gminadabrowa.pl](mailto:zlobek.zelazna@gminadabrowa.pl)
2. Brak potwierdzenia powyżej 6 miesięcy jest równoznaczne z rezygnacją z miejsca w żłobku
3. Po ustaleniu daty przyjęcia dziecka do żłobka zobowiązuje się do przedstawienia zaświadczenia o stanie zdrowia dziecka ( zaświadczenie pobiera się nie wcześniej niż 3 dni przed przyjęciem dziecka do żłobka) i książeczki zdrowia dziecka (do wglądu).

.....

data

.....

czytelny podpis Matki/ Opiekunki Prawnej\*

.....

data

.....

czytelny podpis Ojca/ Opiekuna Prawnego\*

\*) – niepotrzebne skreślić