

INFORMÁCIÓS ADATLAP
2.sz. melléklet

Babaparadicsom Családi Napközi

Tel: 06 20 322 8620

Levelezési cím: 2049 Diósd Gárdonyi Géza u 4/a.

e-mail: info@babaparadicsom.com

Az ellátást igénybevevő gyermek neve, címe:

.....

Anyja leánykori neve:

Születési hely, idő:.....

| | Gyermekorvos | Védőnő |
|------------------------------------|--------------|--------|
| Neve: | | |
| Rendelő címe: | | |
| Rendelési idő: | | |
| Telefonszám | | |
| Milyen fertőző betegségei voltak: | | |
| Egyéb betegségek: | | |
| Esetleges kórházi kezelésének oka: | | |
| Allergia: | | |
| Alkalmazandó diéta: | | |
| Gyógyszerszedés: | | |

NYILATKOZAT

A gyermeket az alábbi személyek vihetik el:

| | | |
|----------------|---------------------|----------------|
| 1. Anya | 2. Apa ¹ | 5.. Név: |
| 3. Név | | Lakcím.: |
| Lakcím.: | | Telefon: |
| Telefon: | | |
| 4.. Név: | | 6. Név: |
| Lakcím.: | | Lakcím.: |
| Telefon: | | Telefon: |

Ha a fenti adatokban változás történik, haladéktalanul tájékoztatom a családi napközi telephely vezetőjét.

¹ A megfelelő választ aláhízással jelölje

Kérdőív a gyermek megismeréséhez

Mutassa be gyermekét (milyen az otthoni napirendje, milyen játékokat szeret, fél-e valamitől, stb.):

Mennyire önálló:

Evésben:

Öltözködésben, szobatisztaságban:

Kedvenc ételei:

...és mi az, amit nem szeret?

Testvérei neve és születési ideje:

Lázcsillapítási szokások:

Egyéb fontos információ, közlés:

.....2010.

.....

szülő aláírása