

IDŐSZAKOS GYERMEKFELÜGYELETI KÉRELEM

Gyermek adatai

Név:.....

Állampolgárság:.....

Születési hely:.....

Születési idő:.....

Állandó lakcím:.....

Tartózkodási hely :..... TAJ
szám:.....

Szülők adatai

Anya neve:

Leánykori neve:.....

Állandó lakcím:

Tartózkodási hely:.....

Telefonszám: E-mail cím:.....

Házastárs vagy élettárs neve:.....

Állandó lakcím:

Tartózkodási hely:

Telefonszám: E-mail cím:.....

Gyermekem időszakos gyermekfelügyeleti felvételét kérem, a következő időponttól:

20.....év.....hó.....napjától.

Mely napokon szeretné igénybe venni a gyermekfelügyeletet, és hány órában?

Hétfő.....óra.....

Kedd,.....óra.....

Szerda.....óra.....

Csütörtök.....óra.....

Péntek.....óra.....

A gyermek szed-e valamilyen gyógyszert rendszeresen, illetve sürgős szükség esetén?

.....

Szakorvos által megállapított étel vagy egyéb allergia:.....

Tudomásul veszem, hogy adataimban történő változást 8 napon belül köteles vagyok a bölcsőde vezetőjének bejelenteni, továbbá, hogy gyermekemet első bölcsődei napján gyermekorvosi igazolással hozom.

Tudomásul veszem, hogy az intézmény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII törvény rendelkezései alapján kezeli a fentiekben megjelölt személyes adatokat.

Zsámbok,

szülő/törvényes képviselő aláírása