Załącznik nr 3

do Regulaminu Organizacyjnego Miejskiego Żłobka w Wieluniu stanowiącego załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 6/2022 Dyrektora Miejskiego Żłobka w Wieluniu z dnia 27.07.2022 r.

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

pieczęć Żłobka

**KARTA INFORMACYJNA O DZIECKU PRZEBYWAJĄCYM W ŻŁOBKU**

PESEL DZIECKA

Płeć M K

1. **Dane osobowe rodziny**
	1. Nazwisko i imię dziecka……………………………………......................................
	2. Data urodzenia …………………………
	3. Dane rodziców:

Matka…………………………………………………………………………………………….

 (imię i nazwisko)

nr telefonu kontaktowego……………………………………telefon do pracy……………………

Ojciec…………………………………………………………………………………………….

 (imię i nazwisko)

nr telefonu kontaktowego…………………………………telefon do pracy..……………………

* 1. Adres miejsca zamieszkania rodziców:

Kod pocztowy, miejscowość …………………………………………………………………….

Ulica/osiedle ………………………………………………………………………./ nr…...…………

1. **Najważniejsze informacje o stanie zdrowia dziecka**
	1. Ograniczenia dietetyczne\*: TAK (załącznik nr …..) NIE
	2. Uczulenia na leki: **TAK/NIE**; Rodzaj leku………………….……………………….

………………………………………………………………………………………………

* 1. Reakcja dziecka na wysoką temperaturę:

a. drgawki\*:**TAK** przy temperaturze powyżej ………oC, **NIE** dziecko nie gorączkowało

inne………....................................................................................................................................

1. przy temperaturze powyżej 38,5oC ( w wyjątkowej sytuacji) można podać lek przeciwgorączkowy: **TAK / NIE**

**rodzaj rekomendowanego leku**  …………………………………………………………………….

* + 1. zalecenia inne: brak **/** na podstawie zaświadczenia lekarskiego z dnia

…………………………………………………………………………………………………………………...................................................................................................................................................

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

1. **Dane o stanie zdrowia dziecka**

**1.** **Stan zdrowia dziecka:**

a. nosiciel choroby zakaźnej\* ; **TAK** (jakiej i od kiedy) ........................................**NIE**

Zalecenia

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

1. wady wrodzone

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

1. choroby przewlekłe

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................,

1. alergia (rozpoznanie)

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

…………………………………………………………………………………………………............

1. zmiany na skórze (np. brodawki, znamiona itp.)

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

…………………………………………………………………………………………………...........

1. urazy (jakie, podać rok doznania urazu) ..………………………………………..………………………………………………………............
2. hospitalizacja (przyczyna, rok)…………………………………………………………….

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

1. opieka specjalistyczna (np. ortopeda, fizjoterapeuta, okulista, endokrynolog, kardiolog, laryngolog, alergolog, chirurg, diabetolog, dermatolog, hematolog, neurolog, urolog – należy wpisać odpowiednią opiekę specjalistyczną)

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

…………………………………………………………………………………………………............

Zalecenia specjalisty (poza dietą)

………………………………………………………………….….......................................................

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………….……….……………………………………………………………………..

1. zaopatrzenie w sprzęt\*: okulary; aparat słuchowy; inne……………………………………

**IV.**  **Badanie bilansowe 2-latka**

a. wykonane w dniu ..................... problem zdrowotny ................................................................................................................................................................

……………………………………………............................................................................................

1. nie wykonane - przypomnienie w dniu ................................................................................................................................................................

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



**Data przyjęcia dziecka do żłobka** …………………………………………………………………………………………………………

Podpis pielęgniarki żłobka …………………………….……………………………………………

Data wypisania dziecka ze żłobka…………………z powodu………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………........................

Podpis pielęgniarki żłobka …………………………………………………………..

**V.** **Oświadczenia Rodzica**

1. Oświadczam, że moje dziecko na dzień dzisiejszy :
	1. nie ma / ma\* orzeczenie o niepełnosprawności;
	2. oczekuje na orzeczenie o niepełnosprawności\*
	3. nie ma / ma\* zaświadczenie o specjalnych potrzebach rozwojowych z PPP, od neurologa, psychologa, psychiatry, logopedy/neurologopedy, rehabilitanta/fizjoterapeuty, terapeuty SI audiologa /foniatry;
2. zostaliśmy/em/am poinformowani/y/a, że dieta eliminacyjna w żłobku u naszego/mojego dziecka może być realizowana:
	1. na podstawie zaświadczenia lekarza rodzinnego/pediatry lub lekarza poradni specjalistycznej,
	2. dieta eliminacyjna może być odwołana na podstawie pisemnego oświadczenia rodzica lub zalecenia lekarza. Powrót do stosowania diety eliminacyjnej możliwy jest po ponownym przedłożeniu zaświadczenia lekarskiego.
3. zostaliśmy/em/am poinformowani/y/a, że w razie zagrożenia zdrowia lub życia naszego/mojego dziecka możliwie najszybciej zostaniemy/zostanę powiadomieni /y/a, a w razie konieczności wezwania pogotowia ratunkowego, dziecko zostanie przewiezione do szpitala, zgodnie z decyzją ratownika;
4. wyrażamy/am zgodę na kontrolę czystości skóry (w tym skóry głowy), wykonywanie czynności pielęgnacyjnych przy naszym/moim dziecku oraz wyrażanie czułości poprzez przytulanie, głaskanie, tulenie do snu;

………………………………………………………………………………………………

(czytelny podpis rodziców/rodzica)

1. zostaliśmy/em/am poinformowani/y/a, że dziecko do żłobka może przynieść swoją jedną ulubioną bezpieczną zabawkę. Personel żłobka nie ponosi odpowiedzialności za zabawki przyniesione do żłobka. Dziecko w kieszeniach ubrań nie będzie miało drobnych przedmiotów (np. guzików, korali, pieniędzy, baterii, itp.) oraz nie będzie przyprowadzane w biżuterii (np. kolczyki, łańcuszki itp.) Rodzic ponosi odpowiedzialność za wypadki powstałe w wyniku nieprzestrzegania powyższego zapisu;
2. wyrażam/ nie wyrażam zgodę/y na obserwację dziecka przez psychologa lub pedagoga.

………………………………………………………………………………………………

(czytelny podpis rodziców/rodzica)

1. wyrażam zgodę na publikację wizerunku dziecka na stronie internetowej Żłobka, Facebooku oraz w lokalnej prasie i telewizji. Wizerunek będzie stanowił jedynie szczegół całości, takiej jak zajęcia w grupach, uroczystości w Żłobku, Rodzinny Piknik itp.

………………………………………………………………………………………………

(czytelny podpis rodziców/rodzica)

1. zostaliśmy/em/am poinformowani/y/a, że w Żłobku jest monitorowany kamerami znajdującymi się na korytarzach, w szatni i obejściu Żłobka. Zobowiązuję się do przekazania informacji o monitoringu wszystkim osobom, które zostały upoważnione do odbioru dziecka ze Żłobka.

………………………………………………………………………………………………

(czytelny podpis rodziców/rodzica)

1. zobowiązujemy/zobowiązuję się do informowania o wystąpieniu choroby zakaźnej i przedstawieniu zaświadczenia po wyzdrowieniu.
2. zobowiązujemy/zobowiązuję się do informowania na bieżąco dyrektora żłobka w przypadku zmiany danych określonych w niniejszej karcie informacyjnej.
3. zostaliśmy/em/am poinformowani/y/a, że w żłobku dziecku nie są podawane leki (wyjątek stanowią: leki przeciwgorączkowe i leki ratujące życie w wyjątkowych sytuacjach, leki dla dzieci przewlekle chorych, bądź dotyczące chorób społecznych).
4. Oświadczamy/oświadczam, że akceptujemy/ję w/w informacje a podane przez nas/mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym .

Wieluń, dnia…………….......r. ………………………………………………

(czytelny podpis matki)

Wieluń, dnia…………….......r. ………………………………………………

(czytelny podpis ojca)

* niewłaściwe skreślić