# FORMULARZ ZGŁOSZENIA DZIECKA DO ZESPOŁU OPIEKI NAD DZIEĆMI W WIEKU DO LAT 3 MIASTA ŚWIĘTOCHŁOWICE

**Wypełnia przyjmujący formularz:**

|  |  |
| --- | --- |
| NR FORMULARZA REKRUTACYJNEGO |  |

Wypełnia zgłaszający:

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA I ADRES PLACÓWKI\* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA** | |
|  | |
| **Imię i nazwisko dziecka** |  |
| **Data i miejsce urodzenia** |  |
| **PESEL** |  |
| **Dane o stanie zdrowia, stosowanej diecie ,stałych**  **chorobach i alergiach dziecka** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE IDENTYFIKACYJNE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **MATKA/OPIEKUNKA PRAWNA** | | | | | **OJCIEC/OPIEKUN PRAWNY** | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Imię/imiona** |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Seria i numer**  **dowodu**  **osobistego** |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Nr telefonu** |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Adres e-mail** |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Województwo** |  | | **Powiat** |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Miejscowość** |  | | | | **Kod** | | |  |  | **-** |  | |  |  | **Poczta** | |  | |
| **Ulica** |  | | | | | | | **Nr domu** | | | |  | | | | **Nr lokalu** | |  |
| **Nr telefonu** |  | | | **Adres e-mail** | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Adres korespondencyjny jeśli inny niż zamieszkania:** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:** | | |
| **osoba zatrudniona powracająca na rynek pracy bezpośrednio po urlopie macierzyńskim/ojcowskim/rodzicielskim**  **Jeżeli jesteś osobą pracującą przebywającą na urlopie macierzyńskim/ojcowskim/rodzicielskim proszę o podanie okresu przebywania na urlopie:**  **Od …………………….…………………………… do………………………………………………** | **Osoba podejmująca nowe zatrudnienie bezpośrednio po przerwie**  **związanej z urodzeniem dziecka**    **Planowana data rozpoczęcia pracy\*\*………………………………………………** | |
| **Miejsce zatrudnienia (dokładna nazwa oraz adres miejsca zatrudnienia)** | | **Miejsce planowanego zatrudnienia (dokładna nazwa i adres)\*\*\*** |
|  | |  |
| **osoba, która jest poza rynkiem pracy ze względu na konieczność opieki nad dzieckiem do lat 3, w tym przebywająca na urlopie**  **wychowawczym**  **Jeżeli jesteś osobą przebywającą na urlopie wychowawczym proszę o podanie okresu przebywania na urlopie:**  **Od …………………….…………………………… do………………………………………………** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejsce zatrudnienia (nazwa i adres) drugiego rodzica/opiekuna prawnego** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dodatkowe kryteria premiujące:** | | | **Dodatkowe punkty** |
| **Czy posiada Pan/Pani rodzinę wielodzietną tj. 3 i więcej dzieci do 18 roku życia?** | * **Tak**   **Jeżeli zaznaczyłeś „TAK”, złóż dodatkowo „kserokopię aktów urodzenia dzieci.** | **Nie** |  |
| **Czy Pana/Pani dziecko przystępujące do rekrutacji jest osobą niepełnosprawną?** | * **Tak**   **Jeżeli zaznaczyłeś „TAK”, złóż dodatkowo „Orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2016 r., poz. 2046 i 1948 z późn. zm.)** | **Nie** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane osób pełnoletnich upoważnionych do odbioru dziecka** | | |
| **Imię i nazwisko** | **Stopień pokrewieństwa** | **Seria i numer dowodu osobistego** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Podanie nieprawidłowych informacji skutkuje skreśleniem z listy rekrutacyjnej lub z listy dzieci uczęszczających do Zespołu opieki nad dziećmi w wieku do lat 3.  *Pouczenie:* zgodnie z art., 233 § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postepowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.  *Wyrażam zgodę na przetwarzanie udostępnionych danych osobowych do celów rekrutacji do Zespołu opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 oraz w zakresie i w celu zapewnienia dziecku prawidłowej opieki.* | |
| **DATA ZŁOŻENIA FORMULARZA:** | |
| **CZYTELNY PODPIS MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** | **CZYTELNY PODPIS OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** |
| **UWAGI:** | |

|  |
| --- |
| **ŁĄCZNA ILOŚC PUNKTÓW:** |

***UWAGA:***

1. Dane zawarte w niniejszejszym formularzu służą do przeprowadzenia rekrutacji do Zespołu opieki nad dziećmi w wieku do lat 3.

\*Placówki dostępne w niniejszej rekrutacji:

-Klub dziecięcy nr 4 ul. Hajduki 14 Świętochłowice

-Klub dziecięcy nr 5 ul. Hajduki 14 Świętochłowice

\*\* Proszę wskazać datę jeśli jest znana.

\*\*\* Proszę podać miejsce planowanego zatrudnienia jeśli jest znane.