

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

Dane osobowe dziecka

Nazwisko		Imię/ imiona																
Data urodzenia		PESEL:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>															

Dane rodziców/opiekunów*

Dane	matki/opiekunki*	ojca/opiekuna*
Imię / imiona		
Nazwisko/ nazwiska		
Pesel		
Adres zamieszkania		
Telefon kontaktowy		
e-mail		

Informacje dodatkowe*

Informacje o dziecku	Czy jest orzeczenie, opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej?	Tak *	Nie *
	Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności?	Tak *	Nie *
	Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jeśli TAK podać jakiej.	Tak *	Nie *
	Czy dziecko przyjmuje na co dzień jakieś leki? Jeśli TAK podać jakie.	Tak *	Nie *
	Czy dziecko jest na coś uczulone? Jeśli TAK podać na co.	Tak *	Nie *
	Czy dziecko ma przeciwwskazania do ćwiczeń fizycznych? Jeśli TAK podać jakie.	Tak *	Nie *

Deklaracje , zobowiązania rodziców

Upoważniam do odbioru z Laboratorium Nauki i Zabawy SUPEŁ mojego dziecka, wymienione obok pełnoletnie osoby (poza rodzicami /opiekunami prawnymi).

1

.....

Bierzemy na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo odebranego dziecka, od momentu jego odbioru przez wskazaną, upoważnioną przez nas osobę.

2

.....

Wyrażam zgodę na udzielenie synowi/córce, w razie potrzeby, koniecznej pomocy medycznej oraz wezwanie pogotowia ratunkowego.

Tak *

Nie *

Wyrażam zgodę na umieszczenie na stronie internetowej Laboratorium Nauki i Zabawy SUPEŁ oraz fun page'u (Facebook) Laboratorium Nauki i Zabawy SUPEŁ wizerunku mojego dziecka.

Tak *

Nie *

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133,poz.883) wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do pracy Laboratorium Nauki i Zabawy SUPEŁ i zachowania bezpieczeństwa mojego dziecka.

Tak *

Nie *

Zobowiązuję się do:

- Przestrzegania regulaminu Laboratorium Nauki i Zabawy SUPEŁ
- Regularnego uiszczania wymaganych opłat w wyznaczonym terminie
- Przyprawdzania i odbierania dziecka które nie skończyło 12 lat z Laboratorium Nauki i Zabawy SUPEŁ osobiście lub przez osobę pełnoletnią, zgłoszoną powyżej, zapewniającą dziecku bezpieczeństwo.
- Zobowiązuje się do niezwłocznego informowania Laboratorium Nauki i Zabawy SUPEŁ o stanie zdrowia mojego dziecka
- Zobowiązuje się do niezwłocznego informowania Laboratorium Nauki i Zabawy SUPEŁ na piśmie o zmianach danych osobowych, danych adresowych.

Oświadczam, że informacje przedstawione w niniejszym kwestionariusz są zgodne ze stanem faktycznym.

Suchy Las, dnia

.....
Czytelny podpis rodziców / opiekunów

* niepotrzebne skreślić

