1. sz.melléklet

**FELVÉTELI ADATLAP**

 /Kérjük gépelve kitölteni /

|  |
| --- |
| GYERMEK ADATAI |
| Gyermek neve |  |
| Szül.helye, ideje |  |
| Gyermek TAJ száma |  |
| Anyakönyvi kiv.sorsz. |  |
| Állandó lakcíme |  |
| Lakcímkártya száma |  |
| Tartózkodási helye |  |
| SZÜLŐK ADATAI |
| Apa neve, telefonszáma |  |
| Állandó lakcíme |  |
| Lakcímkártya száma |  |
| Tartózkodási helye |  |
| e-mail címe |  |
| Anya neve, telefonszáma  |  |
| Anya leánykori neve  |  |
| Állandó lakcíme  |  |
| Lakcímkártya száma |  |
| Tartózkodási helye |  |
| e-mail címe |  |
| Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom |
|  | igen/x/ | nem/x/ |
| A szülői felügyeleti jogot együttesen gyakorolják a szülők  |  |  |
| A gyermeket egyedülállóként nevelem |  |  |
| A szülői felügyeleti jogot gyakorló szülő neve |
| Ebben az esetben bírósági határozat fénymásolatát kérjük! |
| Szülő,gondviselő neve ,ahol a gyermeket hivatalosan elhelyezték |
| Rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény |  |  |
| Szakértői vélemény/SNI, BTM/ |  |  |
| Szakértői vélemény/SNI, BTM/folyamatban van |  |  |
| Hátrányos helyzetű a gyermek - A határozat másolatát kérjük |  |  |
| Halmozottam hátrányos helyzetről - A határozat másolatát kérjük |  |  |
|  A gyermeknek van –e olyan egészségügyi problémája , ami az intézményes nevelés során kiemelt figyelmet kap? |  |  |
| Igényel –e rendszere gyógyszeres kezelést? |  |  |
| Rendelkezik –e orvosi szakvéleménnyel?Ha igen, a szakorvosi vélemény másolatát kérjük |  |  |
| Mely időponttól kéri a bölcsődei ellátást? |
| Egyéb megjegyzés: |
|  |