



Baptista Szeretetszolgálat Kisújszállási Óvodája

JELENTKEZÉSI LAP 2024-2025. nevelési évre

Kérjük, az adatokat a hivatalos okmányaival megegyezően, nyomtatott betűkkel töltsé ki.

Az óvodába jelentkező gyermek neve:	
Születési helye, ideje	
TAJ száma	
Állampolgárság	
Lakhely és/vagy tartózkodási hely	
Lakcímkártya száma	-----

Szülők	Anya	Apa
Születési neve:		
Lakhelye és/vagy tartózkodási helye:		
A szülő telefonos elérhetősége:		
A szülő elektronikus elérhetősége*:		
A gyermek feletti szülői felügyeleti jogok gyakorlója/törvényes képviselő: mindkét szülő - csak az anya - csak az apa - nevelő szülő - gyám (A megfelelő aláhúzással jelölendő, különvált szülők esetén jogerős bírósági határozat alapján kell nyilatkozni.)		

A gyermek:

Jár-e bölcsődébe?

Igen / Nem

Jelenleg jár-e óvodába?

Igen / Nem

Amennyiben igen, az óvoda neve, település:

Testvérek száma:

Óvodás testvér/ek neve	Óvoda és csoport neve ahová járnak

Az óvoda/telephely, ahová a gyermek felvételét kéri (kérjük X-el jelölje a megfelelő □-ben)

<u>elsősorban</u>	<input type="checkbox"/> Béla Király Úti Óvoda (vegyes életkorú csoportok), <input type="checkbox"/> Petőfi Óvoda (vegyes életkorú csoportok), <input type="checkbox"/> Pitypang Óvoda (homogén csoportok), <input type="checkbox"/> Sásastó Úti Óvoda (homogén csoportok)
<u>másodsorban</u>	<input type="checkbox"/> Béla Király Úti Óvoda (vegyes életkorú csoportok), <input type="checkbox"/> Petőfi Óvoda (vegyes életkorú csoportok), <input type="checkbox"/> Pitypang Óvoda (homogén csoportok), <input type="checkbox"/> Sásastó Úti Óvoda (homogén csoportok)

Ugyanazon óvoda nem jelölhető többször!

Gyermekek felvételétév..... hónapnapjától szeretném.

Legkorábbi időpont: 2024. szeptember 1. lehet

A felvétellel, ellátással kapcsolatos egyéb megjegyzés:

.....
.....

Felvétel esetén gyermekek: (A megfelelő választ kérjük, jelölje aláhúzással)
egész napos ellátását kérem **vagy** félnapos ellátás

Gyermekek szobatiszta: Igen / Nem

Ételallergia: Igen / Nem

Allergia vagy érzékenység: Igen / Nem

ha igen, mire :.....

Tartósbetegség: Igen / Nem

ha igen, a betegség :.....

Sajátos nevelési igény: Igen / Nem

(Szakértői vélemény alapján)

Amennyiben válasza igen, kérjük a Szakértői vélemény másolatát csatolni!

A szülő által fontosnak tartott gyermekkel kapcsolatos információ:

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

A gyermek orvosa	
Körzeti védőnő	

Kérjük a Jelentkezési lapot legkésőbb 2024. április 25-ig dobják be az intézmény székhelyén lévő postaládába (Kisújszállás, Ifjúság útja 2.).

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

szülő/törvényes képviselő aláírás

szülő/törvényes képviselő aláírás

adatokat egyeztetette

Egy gyermek részére csak egy jelentkezési lap tölthető ki.

A kért adatok a 2011. évi CXCV. tv. a nemzeti köznevelésről, alapján nyilvántartandó adatok. Aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy az Intézmény megadott személyes adatait, a hatályos jogszabályoknak /Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 Rendelete 2016. (április 27.) és az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (Info tv.)/ megfelelően - kezelje, azt az óvodai felvételi eljárással összefüggésben nyilvántartsa.

*A *-gal jelölt kérdés önkéntes.*