Przedszkole nr 427 „Kraina Radości” w Warszawie

# **Zgody rodziców / opiekunów prawnych**

Imię i nazwisko dziecka: …………………………………………………………………………………………………………

## **Oświadczenia mamy / prawnego opiekuna**

Ja niżej podpisana wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na (należy wybrać **tak** lub **nie**):

1. wezwanie karetki pogotowia, przewiezienie dziecka do szpitala i udzielenie pomocy medycznej w razie zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka: **tak / nie;**
2. pomiar temperatury mojego dziecka w sytuacji, która budziłaby podejrzenie pogorszenia jego stanu zdrowia: **tak / nie;**
3. wychodzenie mojego dziecka podczas zajęć organizowanych przez Przedszkole na miejski plac zabaw, znajdujący się obok placówki: **tak / nie;**
4. badania przesiewowe logopedyczne: **tak / nie;**
5. obserwacje psychologiczne oraz rozmowy indywidualne z dzieckiem prowadzone przez psychologa przedszkolnego: **tak / nie;**
6. opiekę psychologiczną prowadzoną przez psychologa w ramach współpracy z Poradnią Psychologiczno-Pedagogiczną nr 24 w Wilanowie: **tak / nie;**
7. przeprowadzenie diagnozy pedagogicznej dziecka (dotyczy dziecka podejmującego naukę w kolejnym roku kalendarzowym w I klasie szkoły podstawowej): **tak / nie;**
8. sprawdzanie czystości głowy mojego dziecka przez pielęgniarkę w przedszkolu lub pracownika przedszkola (profilaktyka wszawicy): **tak / nie;**

**Data i czytelny podpis mamy: ………………………………………………………….……………………………**

## **Oświadczenia taty / prawnego opiekuna**

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na (należy wybrać **tak** lub **nie**):

1. wezwanie karetki pogotowia, przewiezienie dziecka do szpitala i udzielenie pomocy medycznej w razie zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka: **tak / nie;**
2. pomiar temperatury mojego dziecka w sytuacji, która budziłaby podejrzenie pogorszenia jego stanu zdrowia: **tak / nie;**
3. wychodzenie mojego dziecka podczas zajęć organizowanych przez Przedszkole na miejski plac zabaw, znajdujący się obok placówki: **tak / nie;**
4. badania przesiewowe logopedyczne: **tak / nie;**
5. obserwacje psychologiczne oraz rozmowy indywidualne z dzieckiem prowadzone przez psychologa przedszkolnego: **tak / nie;**
6. opiekę psychologiczną prowadzoną przez psychologa w ramach współpracy z Poradnią Psychologiczno-Pedagogiczną nr 24 w Wilanowie: **tak / nie;**
7. przeprowadzenie diagnozy pedagogicznej dziecka (dotyczy dziecka podejmującego naukę w kolejnym roku kalendarzowym w I klasie szkoły podstawowej): **tak / nie;**
8. sprawdzanie czystości głowy mojego dziecka przez pielęgniarkę w przedszkolu lub pracownika przedszkola (profilaktyka wszawicy): **tak / nie;**

**Data i czytelny podpis taty: …….…………………………………………………………………..……………………** Niniejsze zgody obowiązują do czasu otrzymania pisemnej informacji od rodziców/ opiekunów prawnych o jej cofnięciu.

## **Ważne informacje o dziecku: (choroby, uczulenia, produkty, których nie może jeść, inne)**

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

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

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

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

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

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

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