Uwagi: Wniosek wypełniają rodzice/ opiekunowie prawni dziecka. Miejsce pracy i pobierania nauki poświadczają odpowiednio zakłady pracy lub właściwe Urzędy, podmioty kształcenia.

**WNIOSEK REKRUTACYJNY**

Proszę o przyjęcie ............................................................................................................................ ur. dn. ................................................

 *(imię i nazwisko dziecka)*

Adres zamieszkania: .............................................................................................................................. PESEL ................................................,

do żłobka: 1. nr ...................

 2. nr ..................

 3. nr ..................

na 10 godz. dziennie i 4 posiłki od dnia ………………………………......r.

**I. Dane rodziców/opiekunów prawnych**

Imię i nazwisko matki/opiekunki prawnej: ...............................................................................................................................................

PESEL (*w przypadku gdy nie nadano numeru PESEL* - data urodzenia): ......................................................................................

Adres poczty elektronicznej i numer telefonu *(jeśli posiada)*: ...................................................................................................

Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego: .................................................................................................................................................

PESEL (*w przypadku gdy nie nadano numeru PESEL* - data urodzenia): .......................................................................................

Adres poczty elektronicznej i numer telefonu *(jeśli posiada)*: ....................................................................................................

**II. Adres zamieszkania rodziców / opiekunów prawnych:** ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**III. Adres do korespondencji**:

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

**IV. Miejsce pracy lub pobierania nauki w systemie dziennym matki / opiekunki:**

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

*(nazwa zakładu pracy / podmiotu kształcenia)*

..............................................................................................................................., tel. .............................................................................................................

 *(pieczęć zakładu pracy / podmiotu kształcenia )*

**V. Miejsce pracy lub pobierania nauki w systemie dziennym ojca /opiekuna:**

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

*(nazwa zakładu pracy / podmiotu kształcenia)*

................................................................................................................................, tel. ...........................................................................................................

 *(pieczęć zakładu pracy / podmiotu kształcenia)*

**VI. Dziecko legitymuje się orzeczeniem o niepełnosprawności: TAK / NIE\*.**

 Jeżeli tak należy wskazać jakim: .................................................................................................................................................................... .

**VII**. **Dodatkowe informacje o stanie zdrowia, stosowanej diecie i rozwoju psychofizycznym dziecka,** np.: stała choroba, wady rozwojowe dziecka, kalectwo itp.

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

**VIII. Dodatkowe informacje o rodzinie:**

1. Dziecko posiada następujące rodzeństwo (należy podać liczbę i wiek dzieci):

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

2. Czy dziecko pozostaje pod opieką rodziców lub opiekunów wychowujących troje lub więcej dzieci? TAK / NIE\*, ............ *(w przypadku odpowiedzi twierdzącej wpisać liczbę dzieci, w wieku do lat 18, pozostających pod opieką rodziców lub opiekunów).*

3. Jestem rodzicem/opiekunem samotnie wychowującym dzieci: TAK / NIE\*.

 *\*niepotrzebne skreślić*

**IX. Dodatkowe informacje:**

|  |
| --- |
| *Informacje o miejscu złożenia rocznego zeznania podatkowego zweryfikowano na podstawie: pierwszej strony PIT lub innych dokumentów wystawionych przez US.*Podpis pracownika MZŻ:*.....................................................................* |

1. Miejsce złożenia rocznego zeznania podatkowego za rok ...............:

 - I Urząd Skarbowy w Lublinie

 - III Urząd Skarbowy w Lublinie

 - Inny: ..............................................

*\*zaznaczyć właściwe*

2. Czy dziecko zostało poddane obowiązkowym szczepieniom ochronnym określonym w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych? TAK/NIE\*

3. Dziecko zostało zwolnione z obowiązku szczepień ochronnych z przyczyn zdrowotnych. TAK/NIE\*

*\*zaznaczyć właściwe*

|  |
| --- |
| *Informacje o szczepieniach zweryfikowano na podstawie: karty uodpornienia, książeczki szczepień lub innej dokumentacji medycznej.*Podpis pracownika MZŻ: *............................................................................* |

Oświadczam, że przedłożone przeze mnie w niniejszym wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym i zobowiązuję się do ich aktualizacji w przypadku zmiany. Zobowiązuję się do regularnego uiszczania zgodnie z uchwałą Rady Miasta Lublin należnej ode mnie opłaty z tytułu wyżywienia dziecka oraz częściowego pokrycia kosztów utrzymania dziecka.

Lublin, dnia …....…….....................…..……...............................................…………………….

 *(data)**(podpis rodzica)*

Oświadczam, że zapoznałam(-em) się z regulaminem żłobka oraz stanowiącą jego załącznik procedurą rekrutacji dzieci do żłobków, a także regulaminem korzystania z monitoringu wizyjnego w żłobkach podległych Miejskiemu Zespołowi Żłobków w Lublinie.

Lublin, dnia ...................................................................................................................................

 *(data) (podpis matki /opiekunki prawnej)*

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

 *(podpis ojca /opiekuna prawnego)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DECYZJA KOMISJI REKRUTACYJNEJ

Kwalifikuję dziecko: ....................................................................................................,od dnia ...................................r. do korzystania z ........... godzin pobytu dziecka w żłobku nr ........., ul. .................................................................................

Lublin, dnia ............................................r.

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

 *( podpis pracownika MZŻ) (pieczątka i podpis Dyrektora żłobka) (pieczątka i podpis Dyrektora MZŻ w Lublinie)*