

Városi Bölcsőde Tiszaföldvár

5430 Tiszaföldvár, Orgonás út 2.

Tel.: 06-56-703-212, e-mail: [bolcsodetiszafoldvar@gmail.com](mailto:bolcsodetiszafoldvar@gmail.com)

Iktatószám: .....

Érkezett: .....

### Időszakos gyermekfelügyelet iránti igény

A gyermek neve:.....

Születési helye:.....év.....hó.....nap:.....

Lakcím:.....

Állampolgársága:.....

Taj száma:.....

Szülők adatai	Anya	Apa
Név:		
Születési név:		
Születési hely, idő:		
Anyja neve:		
Állampolgárság:		
Foglalkozás:		
Munkahely:		
Elérhetőség (telefonszám):		
Kit értesíthetünk probléma esetén?		
Elérhetősége:		
Kinek adható ki a gyermek?		

A Szülők egy háztartásban élnek?      igen      nem

#### ***Gondviselő adatai (szülői felügyeletet gyakorló gondviselő, illetve gyám esetén kell kitölteni)***

Név:	
Születési név:	
Születési hely, idő:	
Állampolgárság:	

Városi Bölcsőde Tiszaföldvár

5430 Tiszaföldvár, Orgonás út 2.

Tel.: 06-56-703-212, e-mail: [bolcsodetiszafoldvar@gmail.com](mailto:bolcsodetiszafoldvar@gmail.com)

<b>Gondviselő adatai (szülői felügyeletet gyakorló gondviselő, illetve gyám esetén kell kitölteni)</b>	
Elérhetősége: (telefon, e-mail)	
Lakóhely:	
Tartózkodási hely:	

**Mikor kéri gyermeke részére az időszakos gyermekfelügyeletet?**

Időtartam : .....év.....hó.....nap .....óra

(A szolgáltatás óradíjas, minden megkezdett óra egész órának számít.)

**Gyermekek számára az alábbi étkezéseket kérem (aláhúzással jelölje)**

- Reggeli
- tízórai
- ebéd
- uzsonna
  
- **a gyermek egyéni étrendet igényel (ételallergia)**

(Étkezést igény szerint, külön díjazás ellenében biztosítunk)

**Az időszakos gyermekfelügyeletet csak egészséges gyermekek vehetik igénybe . A szülő köteles nyilatkozni a gyermek egészségügyi állapotáról a Felvételi Szabályzat 2. melléklete alapján**

**Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok, hogy az adataim, illetve a gyermek adatai rögzítésre és kezelésre kerüljenek.**

**Dátum:.....**

.....  
**szülő/gondviselő aláírása**