

Bambi Iskoláskor Előtti Intézmény Topolya
K É R D Ő Í V
A GYERMEKEK ISKOLÁSKOR ELŐTTI INTÉZMÉNYBE VALÓ BEÍRATÁSÁRA
A 2017/2018. TANÉVRE

A) A gyermek adatai

1. A gyermek család- és utóneve _____
2. Születési dátuma, község, helység _____
3. PETSz (jmbg) _____
4. Lakcíme _____
5. Kinél lakik gyermeke? mindkét szülőnél az anyjánál az apjánál máshol: _____
6. A családtagok száma: összesen _____, ebből _____ felnőtt és _____ gyermek.
7. A beíratkozó gyermek születési sorrend szerint hanyadik a családban? _____
- 8.* A gyermek nemzetisége: _____
9. Melyik létesítménybe (épületbe) kívánja beírni gyermekét? _____
10. Mely nyelven kívánja az oktatás megszervezését? szerb magyar szerb és magyar

(**Megjegyzés:** csoportalakításnál a bejelölt nyelvre előnyjogot élveznek az iskoláskor előtti gyermekek, míg a fiatalabb gyermekeket az épület kapacitása szerint osztjuk be)

B) A szülők adatai :

- | | Anya | Apa |
|---|-------|-------|
| 1. Család- és utóneve | _____ | _____ |
| 2. Postacíme | _____ | _____ |
| 3. Telefonszáma | _____ | _____ |
| 4. Állampolgársága | _____ | _____ |
| 5. * Nemzetisége | _____ | _____ |
| 6. Végzettsége (szakmája) | _____ | _____ |
| 7. Végzettségi fokozata | _____ | _____ |
| 8. Munkáltatójának megnevezése | _____ | _____ |
| 9. Kedvezményezettje-e: | | |
| a) gyermekpótléknak | IGEN | NEM |
| b) családi segélynek
(szociális segélynek) | IGEN | NEM |

10. Szeretné-e, hogy gyermeke 3 éves korától tanuljon angol nyelvet? IGEN NEM

11. Gyermeke érdekében áll, hogy válaszoljon e kérdésre: Küzd-e gyermeke fejlődési vagy egészségügyi nehézségekkel, melyekről szükséges az intézményt és az óvónőt tájékoztatni, hogy az intézmény biztosítani tudja gyermekének a szükséges támogatást ?

FEJLŐDÉSI: IGEN NEM **EGÉSZSÉGÜGYI:** IGEN NEM

Amennyiben igennel válaszolt, nevezze meg, milyen fejlődési vagy egészségügyi nehézségekről van szó: _____.

12. A Bambi IEI-be íratott gyermek szülőjeként jóváhagyom, hogy gyermekem jelen legyen a Topolyai Egészségház (gyermekgyógyászati, fogászati és gondozói osztályai) által végzett vizsgálatokon.

IGEN NEM

Kelt: _____

Mindkét szülő aláírása:

1. _____

2. _____

Benyújtott iratanyag:

1. Fénymásolat a gyermek születési anyakönyvi kivonatáról
2. Az Egészségház bizonylata **szigorúan kötelező**
3. Mindkét szülő személyi igazolványának fénymásolata
4. A gyermek egészségügyi könyvecskéjének fénymásolata
5. Nyugta a befizetésről

A *-gal jelölt kérdésekre nem köteles válaszolni.