

dot.

<i>imię i nazwisko dziecka</i>	<i>wiek</i>	<i>klasa</i>	<i>szkoła</i>
--------------------------------	-------------	--------------	---------------

**niepotrzebne skreślić*

	DOKUMENTACJA OSOBISTA DZIECKA KARTA PRZYJĘCIA DZIECKA	22.01.2026r.
	Świetlica Socjoterapeutyczna „Barwna” ul. Pilotów 10, 62-409 Poznań	Karta nr. 1/11/2025

Poznań, dnia

DEKLARACJA UDZIAŁU

dot.

imię i nazwisko dziecka

Wyrażam, wolę aby moja córka/mój syn chodził/a do świetlicy socjoterapeutycznej „Barwna” działającej na przy ul. Pilotów 10 w Poznaniu (salka parafialna im. Jana Pawła II) w roku 2026 , w następujące dni tygodnia:

Dzień tygodnia	Godziny	Nazwa Modułu	Podpis rodzica
Poniedziałek	13-15	Zajęcia Opiekuńczo-Wychowawcze	
	15-17	Pracownia sOCJOterapii -warsztaty	
	13-17	Moduł specjalisty – PSYCHOLOG	
	13-17	Moduł specjalisty – LOGOPEDA	
Wtorek	13-15	Zajęcia Opiekuńczo-Wychowawcze	
	15-17	Pracownia Komputerowa	
Środa	13-15	Zajęcia Opiekuńczo-Wychowawcze	
	15-17	Pracownia Fotograficzna	
	17-19	Pracownia Plastyczna (grupa zaawansowana)	
Czwartek	13-15	Zajęcia Opiekuńczo-Wychowawcze	
	15-17	Pracownia Kapitału Społecznego – warsztaty	
	17-18	Moduł specjalisty – KIEROWNIK	
	15-18	Moduł specjalisty – Interwent ds. rodziny	
Piątek	13-15	Zajęcia Opiekuńczo-Wychowawcze	
	15-17	Pracownia Umiejętności Manualnych – warsztaty	
Sob. lub Niedz	10-14	Pracownia KOS - wyjścia poza świetlicę	
Wyrażam zgodę na udzielenie mojemu dziecku jeśli sytuacja tego wymagałaby pierwszej pomocy z wezwaniem pogotowia ratunkowego w przypadku braku ze mną kontaktu.			
Wyrażam wolę objęcia mojego dziecka dodatkową pomocą specjalisty (np. psychologa, pedagoga, logopedy) w ramach działalności statutowej świetlicy. Pomoc taka jest całkowicie bezpłatna.			
Wyrażam wolę objęcia mojego dziecka programem dożywiania (np. obiad/podwieczorek) w ramach działalności statutowej świetlicy. Pomoc taka jest całkowicie bezpłatna.			
Wyrażam wolę aby moje dziecko zostało objęte programem profilaktycznym polegającym na szczotkowaniu zębów po zjedzonym posiłku. Każde dziecko otrzyma własną pastę i szczoteczkę do zębów. Program ten zależny jest od możliwości finansowych Fundacji. Pomoc taka jest całkowicie bezpłatna.			
Wyrażam zgodę na udostępnienie danych o mojej rodzinie pracownikom Świetlicy w celu realizacji zadań statusowych. (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn zm.)			
Wyrażam zgodę na bezterminowe i bezpłatne rozpowszechnianie wizerunku mojego dzieckautrwalonego na zdjęciach wykonanych w czasie wspólnych zajęć i wyjść ze świetlicy celu realizacji zadań statusowych Fundacji.			

	DOKUMENTACJA OSOBISTA DZIECKA KARTA PRZYJĘCIA DZIECKA	22.01.2026r.
	Świetlica Socjoterapeutyczna „Barwna” ul. Pilotów 10, 62-409 Poznań	Karta nr. 1/11/2025

Poznań, dnia

ZASOBY DZIECKA

dot.

imię i nazwisko dziecka

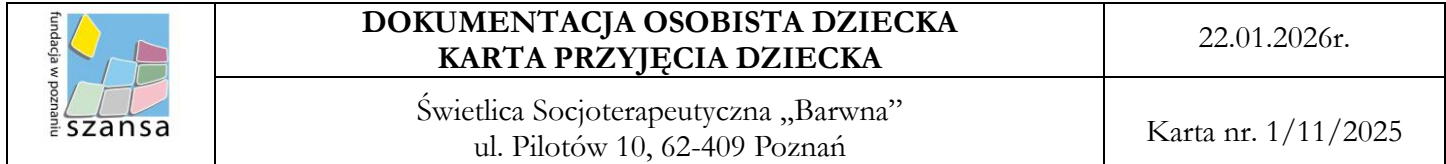
Proszę opisać swoje oczekiwania (zakres pomocy) dot. objęci pomocą Państwa dziecka oddziaływaniem świetlicy socjoterapeutycznej „Barwna” (trudności ogólne dziecka np. zachowanie, problemy w nauce).

Proszę napisać kilka słów o swoim dziecku (pomoże nam to na lepsze dostosowanie zakresu pomocy do potrzeb dziecka):

1. Przedmioty szkolne z których nie ma problemów (lubi):
2. Przedmioty szkolne z którymi obecnie ma znaczne problemy lub zaległości w nauce (proszę opisać szczegółowo):
3. Czy dziecko Państwa było diagnozowane w PPP i ma określone obszary do pracy specjalistycznej oraz rodzica (jeśli tak proszę o kserokopię orzeczenia):
4. Proszę podać średnią ocen z ostatniej klasy a w przypadku ocen opisowych zakres potrzeb edukacyjnych:
5. Jak lubi czytać książki, oglądać filmy lub w jakie gry najbardziej lubi grać:
6. Jak lubi spędzać wolny czas:
7. Jakie są córki/syna zainteresowania:
8. Czy córka/syn jest osobą prawo czy lewo ręczną:
9. Czy córka/syn nosi okulary korekcyjne i czy je posiada:
10. Czy córka/syn ma jakieś szczególne wymagania co do jedzenia – diety lub czy jest na coś uczulona/y:

11. Czy Państwa dziecko wymaga podawania leków podczas zajęć: TAK/NIE

INFORMUJEMY, ŻE PRACOWNICY ŚWIETLICY NIE MOGĄ PODAWAĆ DZIECIOM ŻADNYCH
LEKÓW FARMAKOLOGICZNYCH.



KARTA REZYGNACJI DZIECKA

.....
data, podpis kierownika