

ÓVODAI FELVÉTELI KÉRELEM

Jelentkezési lap Bercel Község Önkormányzata által fenntartott
Berceli Csemete-kert Óvoda, Bölcsőde és Mini Bölcsőde intézményébe

Alulírott _____ (szülő/törvényes képviselő, gyám neve), kérem a
2023/2024-es nevelési évtől gyermekem elhelyezését a **Berceli Csemete-kert Óvoda** Bölcsőde és Mini Bölcsőde
intézményébe kérem biztosítani.

1. A gyermek személyi adatai	NYOMTATOTT BETŰKKEL KÉRJÜK KITÖLTENI
Gyermek neve:	
Születési név:	
Születési hely, idő:	
TAJ száma:	
Állampolgárság (menekült, bevándorol, letelepedett):	
Magyarországon tartózkodás jogcíme, hozzátartozó esetén a rokoni kapcsolat:	
Anyja neve:	
Lakóhelye:	
Tartózkodási hely:	
2. A törvényes képviselő személyi adatai amennyiben <i>nem családban</i> nevelkedik a gyermek	
Név:	
Születési név:	
Születési hely, idő:	
TAJ száma:	
Állampolgárság (menekült, bevándorol, letelepedett):	
Magyarországon tartózkodás jogcíme, hozzátartozó esetén a rokoni kapcsolat:	
Anyja neve:	
Lakóhelye:	
Tartózkodási hely:	
Munkahelye, foglalkozása, telefonszáma:	
3. A szülők személyi adatai	
Anya neve:	
Anya születési leánykori neve:	
Születési hely, idő:	
Telefonszáma:	
e-mail címe:	
Állampolgárság (menekült, bevándorol, letelepedett):	
Magyarországon tartózkodás jogcíme, hozzátartozó esetén a rokoni kapcsolat:	
Anyja neve:	
Lakóhelye:	
Tartózkodási hely:	
Foglalkozása	
Munkahelye	
Munkahely címe	
Apa neve:	
Születési hely, idő:	
Telefonszáma:	
e-mail címe:	
Állampolgárság (menekült, bevándorol, letelepedett):	
Magyarországon tartózkodás jogcíme, hozzátartozó esetén a rokoni kapcsolat:	
Anyja neve:	
Lakóhelye:	
Tartózkodási hely:	
Foglalkozása:	
Munkahelye:	
Munkahely címe:	

4. Hátrányos helyzet megállapításáról szóló döntések	<input type="checkbox"/> hátrányos helyzetű <input type="checkbox"/> halmozottan hátrányos helyzetű
5. Védelembe vett gyermek megállapításáról szóló döntések, határozat száma
6. Szakértői véleménnyel rendelkezik-e	igen / nem

7. Gyermek védőnőjének neve, elérhetősége:	
--	--

8. Jelenleg jár-e bölcsődébe: Bölcsőde neve, címe:	
---	--

9. Egy háztartásban élő testvérekre vonatkozó adatok		
Testvér (ek) neve	Születési hely, idő	Hol vannak elhelyezve (bölcsőde, óvoda, iskola)

10. Szülő ellátással kapcsolatos igénye
<input type="checkbox"/> Az óvodába járást nem akadályozó, de figyelembe veendő betegsége van. A betegség megnevezése. Például asztma, cukorbetegség, epilepszia, vérzékenység, lázgörcs stb. A betegség sajátosságai, arról szóló dokumentum másolata.
<input type="checkbox"/> Az óvodába járást nem akadályozó, de figyelembe veendő ellátását igényel, amiről Pedagógiai szakszolgálat szakvéleményéről rendelkezik (SNI).
<input type="checkbox"/> Speciális étrendet igényel. A speciális étrend megnevezése pl.: laktóz érzékeny, tejfehérje érzékeny, mogyoró érzékeny, glutén érzékeny stb. Szakorvosi szakvélemény. Speciális étrend sajátosságai:

Gyermek felvételét.....évhónapnapjától kérem.

Az óvodai felvételi határozatot: postán/email-ben kérem.*

(* A megfelelő szöveg aláhúzendő.)

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Bercel ,év.....hó.....nap

.....
szülő, törvényes képviselő aláírás

Nyilatkozat

1) A szülők együttesen gyakorolják a szülői felügyeleti jogot

Alulírott _____

(sz.n.: _____ szül.: _____ an.: _____)

és _____

(sz.n.: _____ szül.: _____ an.: _____)

_____ szám alatti lakosok nyilatkozunk,
hogy kiskorú _____

(sz.n. _____ szül.: _____ an.: _____)

_____ szám alatti lakos vonatkozásában a
szülői felügyeleti jogot együttesen gyakoroljuk.

aláírás

aláírás

2) Az egyik szülő gyakorolja a szülői felügyeleti jogot

Alulírott _____

(sz.n.: _____ szül.: _____ an.: _____)

_____ szám alatti lakos nyilatkozom,

hogy kiskorú _____

(sz.n. _____ szül.: _____ an.: _____)

_____ szám alatti lakos vonatkozásában a
mellékelt dokumentum * alapján a szülői felügyeleti jogot egyedül gyakorlom.

*szülők gyámhivatalban felvett nyilatkozata a szülői felügyeleti jog gyakorlásáról, másik szülő halotti
anyakönyvi kivonata, gyámhivatal határozata, bíróság ítélete

aláírás

aláírás

3) Gyám(ok) a törvényes képviselőik

Alulírott _____

(sz.n.: _____ szül.: _____ an.: _____)

és _____

(sz.n.: _____ szül.: _____ an.: _____)

_____ szám alatti

lakos/ok nyilatkozom/ nyilatkozunk, hogy

kiskorú _____ (sz.n. _____)

_____ szül.: _____ an.: _____)

_____ szám alatti lakos vonatkozásában a

gyámhivatal _____ számú döntése alapján a törvényes képviselőt én/mi látom/látjuk el.

aláírás

aláírás