**ÓVODAI FELVÉTELI KÉRELEM**

Jelentkezési lap Sopronkövesd Község Önkormányzata által fenntartott

Sopronkövesdi Nefelejcs Óvodába

Alulírott (szülő/törvényes képviselő, gyám neve), kérem a 2023/2024-es nevelési évtől gyermekem elhelyezését a Sopronkövesdi Nefelejcs Óvodában szíveskedjék biztosítani.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **A gyermek személyi adatai** | **NYOMTATOTT BETŰKKEL KÉRJÜK KITÖLTENI** |
| **Gyermek neve:** |  |
| Születési név: |  |
| Születési hely, idő: |  |
| TAJ száma: |  |
| Állampolgárság (menekült, bevándorol, letelepedett): |  |
| Lakcíme: |  |
| Tartózkodási hely: |  |
| 1. **A szülők személyi adatai** | |
| **Anya neve:** |  |
| Anya születési leánykori neve: |  |
| Lakcíme: |  |
| Tartózkodási helye: |  |
| Állampolgárság (menekült, bevándorol, letelepedett): |  |
| Napközben elérhető telefonszáma: |  |
| E-mail címe: |  |
| **Apa neve:** |  |
| Lakcíme: |  |
| Tartózkodási helye: |  |
| Napközben elérhető telefonszáma: |  |
| E- mail címe: |  |
| 1. **A törvényes képviselő személyi adatai amennyiben *nem családban* nevelkedik a gyermek** | |
| Név: |  |
| Születési hely, idő: |  |
| TAJ szám |  |
| Állampolgárság (menekült, bevándorolt, letelepedett) |  |
| Lakcíme: |  |
| Tartózkodási helye: |  |
| Napközben elérhető telefonszáma: |  |
| E-mail címe: |  |
| 1. **Hátrányos helyzet megállapításáról szóló döntések** | * hátrányos helyzetű * halmozottan hátrányos helyzetű |
| 1. **Védelembe vett gyermek megállapításáról szóló döntések, határozat száma** |  |

|  |
| --- |
| 1. **Egy háztartásban élő testvérekre vonatkozó adatok** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Testvér (ek) neve | Születési hely, idő | Hol vannak elhelyezve  (bölcsőde, óvoda, iskola) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Szülő ellátással kapcsolatos igénye** |
| * 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.   …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….   * Az óvodába járást nem akadályozó, de figyelembe veendő ellátását igényel, amiről Pedagógiai szakszolgálat szakvéleményéről rendelkezik (SNI).   ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………   * Speciális étrendet igényel. A speciális étrend megnevezése pl.: laktóz érzékeny, tejfehérje érzékeny, mogyoró érzékeny, glutén érzékeny stb. Szakorvosi szakvélemény. Speciális étrend sajátosságai:   ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………   * Honnan jön a gyermek óvodába? otthonról – bölcsődéből (A megfelelő aláhúzandó).   Az intézmény neve és címe, ahonnan érkezik:  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………   * Részesül-e rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben? (a megfelelő aláhúzandó)   igen - nem |

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek, azokat önkéntesen szolgáltatom. Hozzájárulok ahhoz, hogy az elbírálás során a felvétel eldöntésében részt vevők, illetve a kötelező felvételt biztosító óvoda vezetője a jelentkezési lap tartalmát megismerjék, fenti adataimat figyelembe vegyék.

Az óvoda igénybevételének kezdési időpontja ( az óvoda tölti ki): ………………………………………………….

Sopronkövesd, ….……….év………………………..hó………..nap

……….………….…………………………

szülő, törvényes képviselő aláírás