F E L V É T E L I A D A T L A P / S Z E M É L Y I N Y I L V Á N T A R T Á S

|  |  |
| --- | --- |
| **Fenntartó:** | Másholország – Közös Ügyünk a Gyermekünk Egyesület 4200 Hajdúszoboszló, Erzsébet u. 4. Adószám: 19087942-1-09 |

**A gyermek személyes adatai:**

|  |  |
| --- | --- |
| Név: |  |
| Születési hely, idő: |  |
| Állampolgárság: |  |
| Anyja neve: |  |
| Lakóhely: |  |
| Tartózkodási hely: |  |
| Társadalombiztosítási azonosító jele: |  |
| A személyes gondoskodás formája: |  |

**A törvényes képviselő/szülő személyes adatai:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Édesanya: | Édesapa: |
| Név: |  |  |
| Születési hely, idő: |  |  |
| Állampolgárság: |  |  |
| Anyja neve: |  |  |
| Lakóhely: |  |  |
| Tartózkodási hely: |  |  |
| Telefonszám: |  |  |
| Munkahely, munkakör: |  |  |

**Az igénybevétel adatai *(a szolgáltató tölti ki):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Megállapodás kezdete: |  | Megjegyzés: |
| Ellátás formája: |  |  |
| Mely napokon: |  |  |
| Megállapodás vége: |  |  |

**A gondozási/térítési díj adatai *(a szolgáltató tölti ki)*:**

|  |  |
| --- | --- |
| Fizetésre kötelezett neve: |  |
| A díj összege (Ft/hó): |  |
| A díjfizetés kezdete: |  |
| A díjfizetés vége: |  |

**A gyermeket az alábbi személyek vihetik el a szolgáltatási helyről:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Név: | Telefonszám 1.: | Telefonszám 2.: |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Egészségügyi adatok:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Allergia, betegség: |  |  |
| Védőnő neve: |  |  |
| Gyermekorvos neve: |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A gyermek családi bölcsődén kívüli szabadidős programon való részvételét (pl. séta) engedélyezem. | Igen | Nem |

Szülő aláírása

Szolgáltató aláírása