**BÖLCSŐDEI FELVÉTELI KÉRELEM 2025**

**Kérjük billentyűzettel, pontosan töltse ki. Elektronikusan továbbítsa. Fotózott, olvashatatlan és hiányos kérelmet nem tudunk elfogadni.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gyermek neve:  | Születési ideje: | 2 | 0 |  |  |  |  |  |  |
| Születési helye (Budapest esetén kerület is!) |  |
| Állampolgársága: | TAJ: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lakcím  | Irányítószám: |  |  |  |  | Város: |
| Közterület: | Házszám: | Em.: |
| Tartózkodási cím: (ha a kérelmező nem az állandó bejelentett lakcímén tartózkodik) | Irányítószám: |  |  |  |  | Város: |
| Közterület:  | Házszám: | Em.: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A gyermek felvételét kéri:** | Év: |  |  |  |  | Hó: |  |  | Nap: |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Szakorvos által megállapított ételallergiája:** | Van | Nincs |
| Amennyiben van, mire allergiás? |
|  |
| **Gyermeke rendelkezik-e Szakértői véleménnyel?** Igen Nem |
| **Kapcsolatban voltak/vannak-e a gyermek fejlődését támogató szakemberrel?** Igen Nem**Ha igen, kivel?** gyógypedagógus, gyógytornász, konduktor **Egyéb szakember:**  |
| A szakember milyen területen és mivel támogatja a gyermek fejlődését?  |

**Melyik bölcsődébe kéri a felvételt?** (Kérjük számozza, 1=1. helyen megjelölt bölcsőde)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Csibe | Gólyafészek | Kippkopp | Mirr Murr | Napraforgó | Nefelejcs | Szőlőfürt |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Szülők (gondviselők) adatai:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apa** | **Anya** (leánykori név is) |
| Név: |  | Név: |  |
| Munkahely: |  | Munkahely: |  |
| Értesítési telefonszám: |  | Értesítési telefonszám: |  |
| Értesítési e-mail cím: |  | Értesítési e-mail cím: |  |

**Testvérek adatai:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Név: | Születési év: | Hol vannak elhelyezve (óvoda, iskola)? |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**A gyermek elhelyezése jelenleg:** (Kérjük, a megfelelő választ húzza alá.)

|  |
| --- |
| GYED-en, GYES-en lévő anyával (apával) otthonában, más bölcsődében, egyéb: |

**Gyermeke után részesül-e rendszeres gyermekvédelmi támogatásban?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Igen:** | **Nem:** |

**Házi gyermekorvos és védőnő adatai:**

|  |  |
| --- | --- |
| Gyermek háziorvosának neve:  | Rendelő címe: |
| Gyermek védőnőjének neve: | Rendelő címe: |

**Egyéb megjegyzés:**

|  |
| --- |
|  |

Kijelentem, hogy az ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÓ-t elolvastam, annak tartalmát megértettem és elfogadom, valamint az általam fentiekben megadott személyes adatok a valóságnak megfelelnek és a kapcsolattartói adatok a jelen dokumentumban megjelölt célú és időtartamú adatkezeléséhez önkéntesen, minden külső befolyás nélkül járulok hozzá. Kijelentem továbbá, hogy az általam megadott e-mail címhez kapcsolódó hozzáférési adatokkal csak én rendelkezem. A részemre küldött e-mailhez jogosulatlanok hozzáférése esetén az adatkezelővel szemben jogorvoslattal nem élek.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam közölt adatok megfelelnek a valóságnak.

**A kitöltött felvételi kérelem billentyűzettel/kézzel történő aláírásával és elektronikus elküldésével/személyes leadásával jelezi, hogy a fent leírtakat tudomásul vette, megértette és elfogadta:**

|  |  |
| --- | --- |
| Keltezés | Aláírás (Elektronikus kitöltés esetén billentyűzettel írja be a nevét.) |
| Budapest, 20…………... |  |