**JELENTKEZÉSI LAP**

Szatmári Egyesített Szociális és Egészségügyi Alapellátási Intézmények **Angyalszárny Bölcsőde**

4700 Mátészalka, Kalmár út 23/A.

|  |  |
| --- | --- |
| **Gyerek neve:** |  |
| Születési helye: |  |
| Születési ideje: |  |
| Lakcíme: |  |
| Tartózkodási helye: |  |
| Taj száma: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| A családban hányadik gyerek: |  |
| Testvérek életkora: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Anya neve:** |  |
| Lakcíme: |  |
| Tartózkodási helye: |  |
| Foglalkozása: |  |
| Munkahelye: |  |
| Telefonszáma: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Apa neve:** |  |
| Lakcíme: |  |
| Tartózkodási helye: |  |
| Foglalkozása: |  |
| Munkahelye: |  |
| Telefonszáma: |  |

**Kérem az alábbiak közül az Önre vonatkozó állítást, vagy állításokat jelölje meg:**

* Munkába állás miatt kéri a felvételt.
* A gyermek szüleinek, törvényes képviselőjének munkaerő piaci megjelenését segítő programban, képzésben vesz részt.
* Nappali tagozatos tanulói, hallgatói jogviszony miatt kéri a felvételt.
* A családjában 3 vagy több gyermeket nevel.
* Rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesül.
* Tartós beteg vagy fogyatékos gyermek van a családjában.
* A beíratandó gyerek tartós beteg vagy fogyatékos.
* A gyermek sajátos nevelési igényű (SNI) és korai fejlesztésre szorul.
* Gyámhivatal javaslatára kéri a szolgáltatást, Család- és Gyermekjóléti Szolgálat/Központ javaslatára kéri a szolgáltatást.
* A gyermeket gyámhatósági határozat alapján gyámként kirendelt hozzátartozója neveli.
* Orvos, védőnő javaslatára kéri a szolgáltatást.
* Egyedülálló szülőként kéri a szolgáltatást.
* Gyermekem a tárgyév folyamán betöltötte az első életévét.
* Gyermekem tárgyév augusztus 31. napjáig betölti a 2. életévét.
* Gyermekem tárgyév augusztus 31-ig betölti a 3. életévét.
* Gyermekem táplálékallergiás. Szakorvos által igazolt táplálékallergiája a következő(k): ………………………………..................
* Az ellátást 20…… év …… hó …… nap-tól kérem.

Dátum: ………………………..

 ……………………………………. …………………………………….

 szülő aláírása szülő aláírása