



## МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

1. Имеет ли Ваш ребенок хронические заболевания?  
(строго согласно медицинских заключений) Да  Нет
2. Имеется ли у Вашего ребенка аллергия?  
(если да, то предоставьте медицинское заключение и рекомендации врача) Да  Нет
3. Нуждается ли Ваш ребенок в регулярном приеме лекарств?  
(если да, то предоставьте назначение лечащего врача) Да  Нет
4. Нуждается ли Ваш ребенок в диетическом питании?  
(если да, то предоставьте заключение и рекомендации лечащего врача) Да  Нет
5. Имеются ли у Вашего ребенка физические недостатки?  
(если да, то уточните, какие именно) Да  Нет

*Примечание: для зачисления в школу необходимо предоставить оригинал Паспорта Здоровья и Паспорт прививок.*

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

- а) Другие важные сведения о ребенке: \_\_\_\_\_
- б) Лица (не менее 2х), с которыми детский сад может связаться в случае необходимости отец/мать/няня (номер телефона): \_\_\_\_\_
- в)\* Кто из представителей семьи/доверенных лиц имеет право забирать ребенка из детского сада \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (конт. телефон)
- в)\* необходимо предоставить копию удостоверения личности указанного представителя
- г) Из каких источников Вы узнали о нашем детском саду?

*Примечание для родителей*

*В обязанности родителей входит обязательное информирование школы о наличии у ребёнка каких-либо заболеваний, которые требуют постоянного приема медицинских препаратов, могут быть опасны для других воспитанников или негативно влиять на качество образовательного процесса как самого ребенка, так и других детей. В случае сокрытия родителями достоверной информации, школа оставляет за собой право расторжения Договора на воспитание в одностороннем порядке.*

Подпись родителей или опекуна: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

*Пожалуйста, помните, что для зачисления необходимо предоставить следующие документы:*

1. Копию свидетельства о рождении/паспорта ребенка
2. Копию паспорта или удостоверения личности обоих родителей
3. Паспорт здоровья (оригинал)
4. Фото 3x4 (2 шт.)

<b>СОБЕСЕДОВАНИЕ</b>	<b>Пройдено собеседование с врачом</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
	<u><b>Заключение врача:</b></u>		
	_____	_____	_____
	<i>Подпись врача</i>		<i>Число</i>
	<b>Пройдено собеседование с психологом</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
	<u><b>Заключение психолога:</b></u>		
_____	_____	_____	
<i>Подпись психолога</i>		<i>Число</i>	
<b>Пройдено собеседование с логопедом</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	
<u><b>Заключение логопеда:</b></u>			
_____	_____	_____	
<i>Подпись логопеда</i>		<i>Число</i>	

**Фамилия, имя Воспитанника:** \_\_\_\_\_

**Мотивированное заключение (заполняется координатором по дошкольному воспитанию):**

**Подпись координатора  
по дошкольному воспитанию:**

**дата заполнения:**