 **Fertődi Tündérkert Óvoda, Bölcsőde**

**és Mini Bölcsőde**

9431 Fertőd, Madách sétány 2.

Adószám: 15817091-1-08

Tel: 99/ 370-544

E- mail: [tunderkert@fertod.hu](mailto:tunderkert@fertod.hu)

Honlap: [www.fertodiovoda.hu](http://www.fertodiovoda.hu)

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**SZÁNDÉKNYILATKOZAT ÓVODAI FELVÉTELRE**

Alulírott……………….....................................és ………………………………………………

szülő/törvényes képviselők kérjük gyermekünk **óvodai felvételét** a Fertődi Tündérkert Óvoda, Bölcsőde és Mini Bölcsődébe a 2024/2025-ös nevelési évre.

**Melyik épületben kívánja igénybe venni az óvodai ellátást?**

* Fertőd, Madách sétány 2.
* Fertőd, Mentes Mihály u. 1/A

**Gyermek adatai** (Kérjük az adatokat a hivatalos okmányoknak megfelelően, olvashatóan kitölteni!)

Gyermek neve: …………………………………………………………………………………..

Születési hely, idő: ………………………………………………………………………………

Állampolgársága:……………………………………………………………………..................

Anyja leánykori neve:……………………………………………………………………………

Apa neve:………………………………………………………………………………………...

Állandó lakcím (lakcímkártya szerint): ………………………………………………………….

Tartózkodási hely (lakcímkártya szerint):……………………………………………………….

TAJ száma: ………………………………………………………………………….................

Étel allergia: ……………………………………………………………………….....................

Gyógyszer allergia: ……………………………………………………………………………..

Bármilyen más ismert allergia: …………………………………………………………………

Gyermek tartós betegsége: nem igen

(Amennyiben igen a szakorvosi Igazolást kérjük csatolni!)

Korai fejlesztésen részesül/részesült: nem igen

SNI, BTMN státusszal rendelkezik: nem igen

(Amennyiben igen a Pedagógiai Szakszolgálat által kiállított szakértői véleményt kérjük csatolni!)

Rendelkezem Határozattal önkormányzat által kiállított gyermeknek járó kedvezményről

nem igen

(Amennyiben igen, kérjük csatolni!)

Saját háztartásomban eltartott kiskorú gyermekeim száma: …………………fő

Lakóhely szerinti körzetes óvoda megjelölése (Intézmény neve, címe):

…………………………………………………………………………………………………...

A gyermek jár-e vagy járt-e óvodába? igen nem

Ha igen, hova? ………….………………………………………………………………………

Egyéb fontos tudnivaló gyermekemről:

…………………………………………………………………………………..………………

…………………………………………………………………………………...………………

**Óvodai ellátást igénylő gyermek szüleinek adatai**:

**Anya neve:** …………………………………………………

Születési neve………………………………………………

Lakcíme: ……………………………...................................

Tartózkodási helye:………………………………………...

Telefon:……………………………………………...............

E-mail:……………………………………………………….

**Apa neve:** ……………………………………………………

Lakcíme:……………………………………………………..

Tartózkodási helye: ………………………………………….

Telefon:………………………………………….……………

E-mail:…………………………………………………………

Az óvodai ellátás igénybevételének várható kezdete:………………………………………

Kérjük az 1. számú Melléklet, a szülői felügyeleti jogról szóló NYILATKOZAT kitöltését is!

Az óvodai felvételről szóló határozatot és a Házirendet az alábbi e-mailre kérem:…………………………………………………..

Alulírott szülő/gondviselő nyilatkozom arról, hogy az általam leírt adatok a valóságnak megfelelnek.

Hozzájárulok, hogy a Fertődi Tündérkert Óvoda és Bölcsőde az adataimat az intézményi jelentkezési eljárással összefüggésben megismerje és kezelje.

Dátum: ……………………………

……………………………………………….. ………………………………………………..

Szülő/törvényes képviselő aláírása Szülő/törvényes képviselő aláírása

**NYILATKOZAT 1.sz. Melléklet**

1. ***A szülők együttesen gyakorolják a szülői felügyeleti jogot***

Alulírott

(sz.n: , szül.: an.: ) és

(sz.n: …………………………………...,szül…:……………………………..…………..an………………………………………………….)

szám alatti lakosok nyilatkozunk, hogy

kk.

(sz.n: , szül.: ……………………………………………..an.:……………………………………………….)

szám alatti lakos vonatkozásában

a szülői felügyeleti jogot együttesen gyakoroljuk.

|  |  |
| --- | --- |
| *Dátum: ……………………………………*  aláírás | *……………………………………*  aláírás |

1. ***Az egyik szülő gyakorolja a szülői felügyeleti jogot***

Alulírott

(sz.n: , szül.: …………………………………………………….an.:…………………………………………)

szám alatti lakos nyilatkozom, hogy

kk.

(sz.n: , szül.: …………………………………………………an:………………………………………………)

szám alatti lakos vonatkozásában

a mellékelt dokumentum\* alapján szülői felügyeleti jogot egyedül gyakorlom.

\*szülők gyámhivatalban felvett nyilatkozata a szülői felügyeleti jog gyakorlásáról; másik szülő halotti anyakönyvi kivonata; Gyámhivatal határozata; Bíróság ítélete

|  |  |
| --- | --- |
| *Dátum: ……………………………………*  aláírás | *……………………………………*  aláírás |

1. ***Gyám(ok) a törvényes képviselő(k)***

Alulírott

(sz.n: , szül.: an.: ) és

(sz.n:…………………………………, szül.:………………………………………….an…... ………………………………………………..)

szám alatti lakos(ok)

nyilatkozom/nyilatkozunk, hogy kk.

(sz.n: ………………………………….., szül.:……………………………………….….an.: ………………………………………………….)

szám alatti lakos vonatkozásában

a gyámhivatal számú döntése alapján a törvényes képviseletet én/mi látom/látjuk el.

|  |  |
| --- | --- |
| *Dátum: ……………………………………*  aláírás | *……………………………………*  aláírás |