



Fundacja Bullerbyn na rzecz wspólnoty dzieci i dorosłych  
05-506 Wilcza Góra, ul. Nieziemska 1,  
NIP 1231134020, Regon 141221128, KRS 0000292425  
PEKAO BANK POLSKI S.A. 85 1440 1101 0000 0000 0687 1046  
e-mail: [fundacja@bullerbyn.pl](mailto:fundacja@bullerbyn.pl), [www.bullerbyn.org.pl](http://www.bullerbyn.org.pl)

## INFORMACJE O DZIECKU .....

(imię i nazwisko dziecka)

Zależy nam na tym, żeby każde dziecko dobrze i bezpiecznie czuło się w Bullerbyn, dlatego chcemy jak najlepiej poznać naszych Podopiecznych. Przekazane informacje pomogą nam lepiej wspierać Wasze dziecko.

Niniejszy dokument stanowi załącznik do karty kwalifikacyjnej i podlega zgodom wyrażonym w formularzu rejestracyjnym.

1. Informacja o specjalnych wymaganiach formalnych (np: ograniczenia praw rodzicielskich w związku z odwiedzinami lub odbiorem dziecka z wypoczynku) - **są/brak\***

.....  
.....  
.....

2. Czy dziecko posiada orzeczenie lub diagnozę dotyczącą zaburzeń rozwoju lub funkcjonowania w grupie (np.: Zespół Aspergera, ADHD i inne).

.....  
.....  
.....  
.....

3. Jak dziecko nawiązuje relacje z innymi dziećmi? Jak funkcjonuje w grupie? Czy dziecko napotyka jakieś powtarzające się trudności w relacjach?

.....  
.....  
.....  
.....

4. Jak dziecko czuje się w nowym otoczeniu? (Czy czuje się swobodnie, czy aklimatyzuje się powoli? Czy dziecko spało kiedyś poza domem bez rodziców?).

.....  
.....  
.....  
.....

\*Jeżeli zaznaczono „są” prosimy o dostarczenie odpowiednich dokumentów lub opisu sytuacji



**Fundacja Bullerbyn na rzecz wspólnoty dzieci i dorosłych**  
05-506 Wilcza Góra, ul. Nieziemska 1,  
NIP 1231134020, Regon 141221128, KRS 0000292425  
PEKAO BANK POLSKI S.A. 85 1440 1101 0000 0000 0687 1046  
e-mail: [fundacja@bullaerbyn.pl](mailto:fundacja@bullaerbyn.pl), [www.bullaerbyn.org.pl](http://www.bullaerbyn.org.pl)

5. Czy dziecko boi się czegoś szczególnie mocno (np. ciemności, zwierząt itp.)? Jak dziecko reaguje na stres (np. bólem brzucha, głowy, brakiem apetytu i inne)?

.....  
.....  
.....  
.....

6. Czy dziecko choruje przewlekle? Czy przyjmuje stałe leki (proszę załączyć zlecenie od lekarza na czas pobytu na wypoczynku). Proszę opisać sposób postępowania w sprawach zdrowotnych dziecka.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

7. Czy opiekun dziecka powinien wiedzieć o czymś jeszcze, czego nie zawarto w poprzednich pytaniach?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Stwierdzam, że podałem (am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania wypoczynku.**

**Podpis rodzica / opiekuna**

\*Jeżeli zaznaczono „są” prosimy o dostarczenie odpowiednich dokumentów lub opisu sytuacji