Átvétel napja	
Sorszám	
Felvéve (bölcsőde neve)	
Ellátás megkezdése	

Pöttöm Sziget Bölcsőde

BÖLCSŐDEI FELVÉTELI KÉRELEM

2025. szeptember 29-től használandó nyomtatvány

Alulírott……..……(szülő/törvényes képviselő neve) kérem…….. nevű gyermekem bölcsődébe történő felvételét 20…… év …… hónap …….napjától.

Melyik bölcsődébe kéri gyermeke felvételét?

(A választott bölcsőde ”x”-szel jelölendő.)

1.	Pöttöm Sziget Bölcsőde	2030 Érd, Aradi utca 7/A	
2.	Apró Falva Bölcsőde	2030 Érd, Edit utca 3.	
3.	Manóliget Bölcsőde	2030 Érd, Rozsnyói utca 24-26.	

1. A kérelmezett gyermekre vonatkozó adatok:

Adatok	
Gyermek neve	
Születési hely, idő	
Anyja neve	
Állampolgársága	
Lakóhely	
Tartózkodási hely	
TAJ szám	| | | | - | | | | - | | | |

Gyermekorvos neve:	
Védőnő neve:	

2. Szülők/törvényes képviselők adatai

Adatok	Édesanya/törvényes képviselő	Édesapa
Név		
Születési név		
Anyja neve		
Születési hely, idő		
Családi állapot		
Foglalkozás		
Munkahely		
Lakóhely		
Tartózkodási hely		
Telefonszám		
Email cím		

3. Közös háztartásban élő testvérek adatai

	Név	Születési idő
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

4. Kérjük „x”-el jelölje, hogy mely indok/okra tekintettel kéri a gyermek bölcsődei elhelyezését?

1.	Szülő/törvényes képviselő munkavállalása	
2.	Szülő/törvényes képviselő egyedülálló	
3.	Szülő/törvényes képviselő iskolarendszerű képzésben vesz részt	
4.	A gyermek, védelembe vett	
5.	Egyéb ok:	

5. Egyéb adatok

Gyermekem sajátos nevelési igényű (szakértői véleménnyel rendelkezik)	igen	nem
Gyermekem korai fejlesztésre és gondozásra javasolt (határozattal rendelkezik)	igen	nem
Gyermekem tartós beteg vagy súlyos fogyatékkal élő igazolással rendelkezik	igen	nem
A családban sérült/ tartós beteg gyermeket nevelünk (igazolással rendelkezik)	igen	nem
Rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesül/nek (jegyzői határozat)	igen	nem
Gyermekem (halmozottan) hátrányos helyzetű (határozattal rendelkezik)	igen	nem
A családban 3 vagy annál több gyermeket nevelek/nevelünk	igen	nem
A család kapcsolatban áll anyaotthonnal/családok átmeneti otthonával/családsegítő szolgálattal	igen	nem
A gyermek táplálékallergiás	igen	nem
Speciális diéta megnevezése (szakorvos által diagnosztizált)**:**		

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

..…… ..……..

Édesanya/törvényes képviselő aláírása

Édesapa/törvényes képviselő aláírása

Kelt: ....., ……év …… hónap ……. nap