



Enyingi Szirombontogató Óvoda

H-8130 Enying, Vas Gereben u. 1.

OM 029915

Tel.: (+36-22) 572-132, Tel/fax.: (+36-22) 372-062

e-mail: vasgovi@vasgovi.t-online.hu

2025. december 31-ig 3. életévét betöltő nem óvodaköteles gyermekek jelentkezése

Az óvoda felveheti azt a gyermeket is, aki a harmadik életévét a felvételtől számított fél éven belül betölti, feltéve, hogy minden a településen lakóhellyel, ennek hiányában tartózkodási hellyel rendelkező hároméves és annál idősebb gyermek óvodai felvételi kérelme teljesíthető. Azon kisgyermek esetében, akik 2025. szeptember 1. és 2026. február 28. között töltik be 3. életévüket, kérjük a szülőket, hogy jelezzék felvételi igényüket a körzetes vagy a választott óvodában.

*(Kérjük az adatlapot **olvashatóan** kitölteni **a gyermek személyi igazolványa és lakcímkártyája alapján!**)*

Alulírott.....szülő/törvényes képviselő kérem gyermekem **óvodai felvételét** az Enyingi Szirombontogató Óvodába, a 2025/26-os nevelési évre.

Gyermek adatai:

Gyermek neve:

Születési hely, idő:

Anyja leánykori neve:

Állampolgársága:

Állandó lakcím (lakcímkártya száma).....

Tartózkodási hely (lakcímkártya száma):.....

TAJ szám:

Apa neve:.....

Egyéb a gyermekre vonatkozó adatok:

(megfelelő válasz aláhúzendó)

Rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesül-e? Igen/Nem

(Amennyiben igen, a határozatot mellékelni szükséges)

Hátrányos helyzetű, halmozottan hátrányos helyzetű határozat alapján? Igen/Nem

(Amennyiben igen, a határozatot mellékelni szükséges)

Gyermeke sajátos nevelési (SNI kóddal rendelkezik) igényű-e? Igen/Nem

(Amennyiben igen, a szakértői véleményt mellékelni szükséges)

Gyermeke korai fejlesztésben részesül-e? Igen/Nem

(Amennyiben igen, a szakértői véleményt mellékelni szükséges)

Gyermeke tartósan beteg? Igen/Nem

(Amennyiben igen, igazolást mellékelni szükséges)

Diétás étkezésben részesül-e? (orvosi javaslatra) Igen/Nem

(Amennyiben igen, szakorvosi igazolást mellékelni szükséges)

A gyermek szobatisztasága, szobatiszta-e? Igen/Nem

A gyermek után családi pótlékra jogosult adatai:

Név:

Lakcím:

Óvodai ellátást igénylők adatai:

Anya neve:

Születési hely:

Születési idő:

Anyja neve:

Telefon:

E-mail:

Lakcím:

Apa neve:

Születési hely:

Születési idő:

Anyja neve:

Telefon:

E-mail:

Lakcím:

Kérem, hogy az óvodai felvételtől szóló határozat e-mail-en érkezzon részemre.

E-mail:.....

Kérem, hogy az óvodai felvételtől szóló határozat postai úton, a fent megadott címre érkezzon részemre.

Igen/Nem

Fontos tudnivaló gyermekemről:

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

Dátum: Enying, 2025.

.....
Szülő/törvényes képviselő

Alulírott aláírással önkéntesen és kifejezetten tudomásul veszem, hogy az Enyingi Szirombontogató Óvoda (továbbiakban: Intézmény) a nyomtatvány kitöltése során felvételre kerülő személyes adatokat az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvényben és az Intézmény adatvédelmi szabályzatában foglaltaknak megfelelően kezeli. Hozzájárulásom visszavonásig érvényes. Tudomásul veszem továbbá az Intézmény azon tájékoztatását, hogy az Intézmény az adatkezelése során a hatályos jogszabályi rendelkezéseknek megfelelően megőrzi a titkosságot, a sértetlenséget, a rendelkezésre állást.

NYILATKOZAT

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.

.....
aláírás

.....
aláírás

2) 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

.....
aláírás

.....
aláírás

3) 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 képviselőt én/mi látom/látjuk el.

.....
aláírás

.....
aláírás