



# 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](mailto:vasgovi@vasgovi.t-online.hu)

## 2026. augusztus 31-ig 3. életévét betöltő óvodaköteles gyermekek jelentkezése

*(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 2026/27-es 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 aláhúzendő)*

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 érkezzen részemre.

E-mail:.....

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

Igen/Nem

Fontos tudnivaló gyermekemről:

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

Dátum: Enying, 2026. ....

.....  
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