

ANEXA NR 1**LA CONTRACTUL DE PRESTĂRI SERVICII AFTERSCHOOL**

Numărul ____ din data de _____

FIȘĂ DE ÎNSCRIERE ȘI CONTACT**1. DATE GENERALE ALE COPILULUI – BENEFICIAR DIRECT****a. Nume și prenume:** _____**b. Data nașterii:** ____ / ____ / ____**c. CNP:** _____**d. Sex:** ☐ Masculin ☐ Feminin**e. Naționalitate:** _____**f. Clasa și școala frecventată:**

_____**g. Program școlar (ora ieșirii din școală):** _____**2. DATE PĂRINȚI / REPREZENTANȚI LEGALI – BENEFICIARI****2.1. Părinte / Tutore 1****a. Nume și prenume:** _____**b. Relația cu copilul:** ☐ Mamă ☐ Tată ☐ Tutore legal**c. CNP:** _____**d. Telefon:** _____**e. E-mail:** _____**f. Adresa de domiciliu:** _____**2.2. Părinte / Tutore 2****a. Nume și prenume:** _____**b. Relația cu copilul:** ☐ Mamă ☐ Tată ☐ Tutore legal

c. CNP: _____

d. Telefon: _____

e. E-mail: _____

f. Adresa de domiciliu: _____

3. STAREA DE SĂNĂTATE A COPILULUI

a. Este copilul clinic sănătos? ☐ Da ☐ Nu

Dacă „Nu”, vă rugăm să detaliați: _____

b. Există alergii alimentare sau medicamentoase cunoscute? ☐ Da ☐ Nu

Dacă „Da”, vă rugăm să detaliați: _____

c. Există afecțiuni cronice / tratamente în curs? ☐ Da ☐ Nu

Dacă „Da”, vă rugăm să detaliați: _____

d. Există restricții alimentare sau regim alimentar special? ☐ Da ☐ Nu

Dacă „Da”, vă rugăm să detaliați: _____

e. Alte informații medicale relevante:

4. CERINȚE EDUCAȚIONALE SAU PSIHOLOGICE SPECIALE

a. Copilul beneficiază de sprijin educațional/psihologic special? ☐ Da ☐ Nu

Dacă „Da”, vă rugăm să detaliați: _____

b. Are nevoi speciale de adaptare în cadrul activităților recreative/educaționale? ☐ Da ☐ Nu

Dacă „Da”, vă rugăm să detaliați: _____

5. PERSOANE AUTORIZATE SĂ PREIA COPILUL

Vă rugăm să indicați persoanele împuternicite, altele decât părinții/reprezentanții legali, care pot prelua copilul de la sediul Prestatorului (cu act de identitate):

Nr.	Nume, prenume	Relația cu copilul	Telefon	CI / CNP
1.				
2.				
3.				
4.				

6. ACORDURI ȘI DECLARAȚII

- ☐ Declar că datele furnizate în această fișă sunt complete și conforme cu realitatea.
- ☐ Declar că am informat Prestatorul cu privire la orice afecțiune medicală, alergie sau nevoie educațională specială a copilului.
- ☐ Sunt de acord ca, în caz de urgență medicală, personalul Prestatorului să acorde primul ajutor și să apeleze serviciul 112.
- ☐ Sunt de acord cu utilizarea fotografiilor în care apare copilul meu în scopuri exclusiv educaționale, de informare sau promovare (fără a fi asociat cu date personale).
- ☐ Confirm că am luat la cunoștință și sunt de acord cu condițiile contractuale aferente programului afterschool.

Beneficiari indirecti
