

.....
(pieczęć szkoły)

data wpływu karty:
(wypełnia szkoła)

**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO KLASY I
SZKOŁY PODSTAWOWEJ im. JANA PAWŁA II W POŁOSKACH
NA ROK SZKOLNY 2022/2023**

UWAGA!

- Kartę wypełniają LITERAMI DRUKOWANYMI rodzice lub opiekunowie prawni dziecka.
- Prosimy o wykreskowanie wszystkich pól niewypełnionych (nie dotyczących Państwa dziecka).
- Zgłaszanie odbywa się w okresie od 14 lutego do 10 marca 2022r.
- **Zgłoszenie zapisu dziecka jest jednocześnie oświadczeniem o woli nauki w tej szkole.**
- W przypadku zmiany decyzji, rodzice zobowiązani są do niezwłocznego poinformowania szkołę o tym fakcie.
- Prosimy o dostarczenie do wglądu oryginału odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka.

1. DANE DZIECKA

Imię		Nazwisko	
PESEL W przypadku braku numeru PESEL – serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość			
Drugie imię		Miejsce urodzenia	
Data urodzenia	dzień	miesiąc	rok
Adres miejsca zameldowania			
Adres miejsca zamieszkania (jeżeli jest inny niż zameldowania)			
Miejsce i adres realizacji obowiązku rocznego przygotowania przedszkolnego			

2. DANE RODZICÓW DZIECKA/PRAWNYCH OPIEKUNÓW

	MATKA/OPIEKUN PRAWNY*	OJCIEC/OPIEKUN PRAWNY*
Imię		
Nazwisko		
Adres miejsca zameldowania		
Adres miejsca zamieszkania, (jeżeli jest inny niż zameldowania)		
Telefon		
E-mail		
Miejsce pracy		

3. Imię i nazwisko, nr telefonu osoby, z którą należy kontaktować się w razie choroby lub nagłego wypadku dziecka

.....

4. Inne istotne informacje o dziecku (niepełnosprawność ruchowa, zaburzenia zachowania, upośledzenie umysłowe, ADHD i inne schorzenia, dolegliwości) poparte dokumentacją medyczną bądź orzeczeniem (opinią) wydanym przez PPP

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

5. Dziecko będzie korzystać:

- z obiadów w stołówce szkolnej: tak/nie*
- ze świetlicy szkolnej: tak/nie*
- z „Programu dla szkół” (owoce, warzywa, mleko, przetwory mleczne): tak/nie*

6. Dziecko będzie uczestniczyć w lekcjach religii: tak/nie*

7. Droga dziecka do szkoły wynosi : km

8. Do szkoły dziecko będzie:

- szło pieszo : tak/nie*
- będzie dojeżdżać autobusem szkolnym : tak/nie*
- będzie dowożone : tak/nie*

9. Informacja medyczna rodziców/opiekunów prawnych o dziecku:

(informacje objęte tajemnicą medyczną, do użytku w zakresie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedmedycznej w szkole)

- Adres przychodni

.....
.....

- Wyrażam zgodę na badania przesiewowe i profilaktyczne (przewidziane dla dzieci) tak/nie*

- Wyrażam zgodę na fluoryzację zębów w klasach I – VI: tak/nie*

- Dodatkowe informacje zdrowotne o dziecku:

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

10. Zobowiązuję się:

- Podawać do wiadomości szkoły wszelkie zmiany dotyczące w/w informacji.
- Zapoznać się ze statutem i regulaminem szkoły oraz stosować się do zawartych tam postanowień.
- Zobowiązuję się do odbierania dziecka (dotyczy dziecka poniżej 7 roku życia) ze szkoły osobiście lub odbierze dziecko inna osoba pełnoletnia upoważniona przeze mnie na piśmie. Jednocześnie informuję, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za brak opieki nad dzieckiem poniżej 10 roku życia w drodze do szkoły i ze szkoły do domu.

11. Życzenie rodziców dotyczące nie odbierania dziecka przez jednego z rodziców musi być poświadczane przez orzeczenie sądowe.

12. Oświadczenia:

- Oświadczenie dotyczące treści zgłoszenia

Uprowadzony o odpowiedzialności karnej z art. 233§ 1 i 6 Kodeksu Karnego „Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”

- Informacja dotycząca danych osobowych

Administratorem danych jest dyrektor Szkoły Podstawowej im. Jana Pawła II, Połoski 45A, 21-530 Piszczac. Z inspektorem ochrony danych można skontaktować się poprzez e-mail iod@piszczac.pl. Dane zbierane są w celu realizacji procesu rekrutacji oraz w celu realizacji przez Szkołę Podstawową im. Jana Pawła II w Połoskach zadań dydaktycznych, opiekuńczych i wychowawczych w stosunku do Państwa córki/syna.

- Oświadczenie dotyczące wykorzystania wizerunku dziecka

Oświadczam, że wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na publikowanie fotografii i informacji z życia szkoły zawierających wizerunek lub imię i nazwisko mojego dziecka.

UWAGA: * niepotrzebne skreślić

Połoski, dnia

.....
(czytelny podpis matki/opiekuna prawnego)

.....
(czytelny podpis ojca/opiekuna prawnego)

DECYZJA O PRZYJĘCIU (wypełnia Komisja Rekrutacyjna) :

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

.....
Podpis Dyrektora Szkoły

10. Przyczyna, powód zapisania dziecka do naszej szkoły spoza rejonu:

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

Administratorem danych jest dyrektor Szkoły Podstawowej im. Jana Pawła II, Połoski 45A, 21-530 Piszczac. Z inspektorem ochrony danych można skontaktować się poprzez e-mail iod@piszczac.pl. Dane zbierane są w celu realizacji procesu rekrutacji oraz w celu realizacji przez Szkołę Podstawową im. Jana Pawła II w Połoskach zadań dydaktycznych, opiekuńczych i wychowawczych w stosunku do Państwa córki/syna.

.....
(czytelny podpis matki/opiekuna prawnego)

.....
(czytelny podpis ojca/opiekuna prawnego)