

NABÓR 2016/2017

Karta zgłoszenia dziecka do oddziału przedszkolnego na rok szkolny 2016/2017

Proszę o przyjęcie dziecka do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Króla Zygmunta Augusta w Wasilkowie, ul. Polna 1/4a

Dane dziecka

Dane osobowe dziecka

PESEL	IMIĘ	DRUGIE IMIĘ	NAZWISKO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA URODZENIA	MIEJSCE URODZENIA		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Adres zamieszkania dziecka

ULICA	NR DOMU	NR LOKALU	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
KOD	MIEJSCOWOŚĆ		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Adres zameldowania dziecka (jeśli inny niż adres zamieszkania)

ULICA	NR DOMU	NR LOKALU	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
KOD	MIEJSCOWOŚĆ		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Informacje dodatkowe

Dziecko rodzica/ opiekuna samotnie je wychowującego (wpisać „TAK” lub „NIE”)

Dziecko rodzica/ opiekunów niepełnosprawnych (wpisać „TAK” lub „NIE”)

Dziecko w rodzinie zastępczej (wpisać „TAK” lub „NIE”)

Dziecko przebywające w Pogotowiu Opiekuńczym „Opoka” (wpisać „TAK” lub „NIE”)

Orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej (w przypadku dziecka niepełnosprawnego) (wpisać „TAK” lub „NIE”)

Rodzeństwo uczęszcza do Szkoły Podstawowej im. Króla Zygmunta Augusta

Pobyt dziecka w szkole

Obiad (wpisać „TAK” lub „NIE”)

Godziny pobytu dziecka w szkole: od 6.30 – 16.30 lub 8.00 – 13.00 (zakreśl właściwą)

UWAGA !!! Pobyt dziecka powyżej 5 godzin płatny zgodnie z Uchwałą Rady Miejskiej w Wasilkowie.

Proszę odwrócić

Dane rodziców/prawnych opiekunów

Dane matki/prawnej opiekunki dziecka

Dane ojca / prawnego opiekuna dziecka

IMIE	NAZWISKO (OBECNE)	IMIE	NAZWISKO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TELEFON KONTAKTOWY MATKI	TELEFON KONTAKTOWY OJCA
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adres zamieszkania matki/opiekunki (jeśli inny niż adres zamieszkania dziecka)

Adres zamieszkania ojca /opiekuna (jeśli inny niż adres zamieszkania dziecka)

ULICA	NR DOMU	NR LOKALU	ULICA	NR DOMU	NR LOKALU
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

KOD	MIEJSCOWOŚĆ	KOD	MIEJSCOWOŚĆ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zakład pracy matki / opiekunki

Zakład pracy ojca / opiekuna

NAZWA I ADRES ZAKŁADU PRACY	NAZWA I ADRES ZAKŁADU PRACY
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Inne telefony kontaktowe

<input type="text"/>

Oświadczam, że dane przedłożone w niniejszym podaniu są zgodne ze stanem faktycznym. Niniejszym przyjmuję do wiadomości i oświadczam, że wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystywanie przez Szkołę Podstawową im. Króla Zygmunta Augusta w Wasilkowie danych osobowych mojego dziecka oraz moich, jako rodzica zawartych w niniejszym podaniu w zakresie działalności dydaktyczno-wychowawczo-opiekuńczej zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U. z 2002r. nr 101,poz.926 z późniejszymi zmianami) oraz Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2010r. w sprawie prowadzenia przez publiczne przedszkola, szkoły i placówki dokumentacji przebiegu nauczania, działalności wychowawczej i opiekuńczej oraz rodzajów tej dokumentacji (Dz.U.156 poz.1047) i rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 20 lutego 2004r. w sprawie warunków i trybu przyjmowania uczniów do publicznych przedszkoli i szkół oraz przechodzenia z jednych szkół do innych (Dz.U. nr.26, poz.232).

Podpis obojga rodziców/opiekunów

<input type="text"/>

Data przyjęcia zgłoszenia (wypełnia szkoła)

<input type="text"/>
