

KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA
do klasy Szkoły Podstawowej im. Jana Pawła II w Pyzdrach
na rok szkolny

Proszę dołączyć zdjęcie do legitymacji

1. DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA

NAZWISKO	IMIONA	PESEL
DATA I MIEJSCE URODZENIA		

2. ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA

UL.	NR DOMU	NR LOKALU
KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ	

3. ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA

UL.	NR DOMU	NR LOKALU
KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ	

4. DANE RODZICÓW (opiekunów prawnych)

IMIĘ		IMIĘ	
NAZWISKO		NAZWISKO	
ADRES ZAMIESZKANIA (ulica, nr domu,		ADRES ZAMIESZKANIA	
ADRES ZAMELDOWANIA		ADRES ZAMELDOWANIA	
Telefony kontaktowe:		Telefony kontaktowe:	
E-mail:		E-mail:	

5. NAUCZANIE RELIGII:

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 kwietnia 1992 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania nauki religii w publicznych przedszkolach i szkołach (Dz. U. Nr 36, poz. 155, z 1993 r. ze zmianami), oświadczam, iż moje dziecko **będzie uczęszczało/ nie będzie uczęszczało** na zajęcia religii rzymsko-katolickiej organizowane w szkole.

.....
*Podpis rodziców lub opiekunów prawnych
(czytelnie)*

6. OŚWIADCZENIE RODZICÓW W SPRAWIE PUBLIKOWANIA WIZERUNKU UCZNIĄ.

W celu promowania uczniów osiągających sukcesy w różnych obszarach działalności szkolnej, uczestniczących w realizacji projektów, konkursach i innych przedsięwzięciach, jak również promocji działalności szkoły wyrażam zgodę na publikowanie danych osobowych (w zakresie imienia i nazwiska, klasy, szkoły) oraz wizerunku mojego dziecka w publikacjach szkolnych (strona internetowa, gazetki szkolne, fb, itp.) oraz w prasie, radiu i telewizji, w szczególności w związku z odnoszonymi przez nie sukcesami i efektami działań.

.....
*Podpis rodziców lub opiekunów prawnych
(czytelnie)*

7. OPIEKA NAD DZIEĆMI W ŚWIETLICY:

Świetlica czynna od poniedziałku do piątku od godz. 6.30 do godz. 16.00

Proszę podać czy dziecko będzie korzystało ze opieki świetlicowej:

TAK /NIE (zaznaczyć właściwą odpowiedź)

.....
*Podpis rodziców lub opiekunów prawnych
(czytelnie)*

8. INFORMACJE NIEZBĘDNE DLA ZAPEWNIENIA DZIECKU BEZPIECZNEGO POBYTU:

a) u dziecka mogą wystąpić silne reakcje organizmu (w związku z alergią, epilepsją, cukrzycą lub inną chorobą) na skutek:

.....

objawem jest:

.....

Dziecku należy pomóc przez:

.....

b) dziecko przeszło trudne doświadczenia wywołujące silne emocje:

.....
przejawia się to następującymi zachowaniami:

.....
Wskazówki do budowania dobrych relacji z dzieckiem:

.....
.....

9. KORZYSTANIE Z OBIADU

Dziecko **będzie/nie będzie** korzystało z obiadu w szkole.

10. INNE POTRZEBY WSPARCIA (w zakresie pomocy psychologiczno-pedagogicznej wynikające z rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. (ze zmianami) w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach Dz.U. z 2010 nr 228 poz. 148)

.....
.....

11. POSIADANIE OPINII LUB ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

TAK / NIE

12. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE TREŚCI ZGŁOSZENIA I OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

Uprzedzeni o odpowiedzialności karnej z art. 233 k.k. oświadczamy, że podane powyżej dane zawarte w pkt. 1-4 są zgodne ze stanem faktycznym.
Przyjmujemy do wiadomości, iż dyrektor szkoły może prosić o okazanie dokumentów w celu weryfikacji danych podanych w karcie zgłoszenia.

.....
miejscowość; data

.....
*Podpis rodziców lub opiekunów prawnych
(czytelnie)*

13. INNE OCZEKIWANIA WOBEC SZKOŁY:

.....
.....