

**KARTA ZAPISU DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO
SZKOŁY PODSTAWOWEJ
W CHMIELNIKU**

Proszę o przyjęcie dziecka do oddziału przedszkolnego w roku szkolnym/.....

I. DANE DZIECKA

Nazwisko **imiona**

PESEL _ _ _ _ _

Data urodzenia

Miejsce urodzenia, **Województwo**

Adres zameldowania:

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
ulica, nr domu, nr mieszkania, telefon domowy

Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż zameldowania):

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
ulica, nr domu, nr mieszkania, telefon domowy

II. DANE RODZICÓW

Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów):

.....
ojciec (opiekun prawny)

.....
tel. kontaktowy

Adres zamieszkania (jeżeli inny niż dziecka).....

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
ulica, nr domu, nr mieszkania, telefon domowy

.....
matka (opiekun prawny)

.....
tel. kontaktowy

Adres zamieszkania (jeżeli inny niż dziecka).....

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
ulica, nr domu, nr mieszkania, telefon domowy

III. INNE INFORMACJE

Osoby upoważnione do odbioru dziecka, zapewniające mu pełne bezpieczeństwo:

.....

Dziecko będzie korzystać:

- z organizowanego w szkole dożywiania
tak/nie
- ze świetlicy szkolnej
tak/nie

DO PODANIA PROSZĘ DOŁĄCZYĆ:

- informację medyczną

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że:

1. Podane w karcie informacje są zgodne ze stanem faktycznym;
2. Akceptuję Statut Szkoły oraz zobowiązuję się do postępowania zgodnego z jego ustaleniami;

Wyrażam/my zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie zapisu dziecka dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.97 Dz.U. nr 133 poz. 883 z późn. zm.).

Data:

Podpis rodziców:.....

Informacja medyczna rodziców/opiekunów o dziecku:

(informacje objęte tajemnicą medyczną, do użytku w gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkole)

Imię i nazwisko ucznia.....

Kl

PESEL ucznia.....

Adres zamieszkania.....

.....

Adres zameldowania.....

.....

Adres przychodni.....

.....

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego dziecko:

.....

Czy dziecko jest leczone w poradni specjalistycznej: tak/nie

Jakiej.....

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

Wyrażam zgodę na udzielenie I pomocy (w razie potrzeby): tak/ nie

Wyrażam zgodę na podanie (w razie potrzeby) leku: tak/nie

Czy dziecko jest uczulone na leki: tak/nie

Jakie.....

Czy dziecko przyjmuje stale jakieś leki: tak/nie

Jakie.....

Wyrażam zgodę na badania przesiewowe i profilaktyczne (przewidziane dla dzieci i młodzieży szkolnej)

tak/nie

Dodatkowe informacje o dziecku.....

.....

.....

Data.....

Podpis.....