

**KARTA ZAPISU DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO W OSJAKOWIE
NA ROK SZKOLNY**

(Kartę należy wypełnić drukowanymi literami. W przypadku gdy pytanie wymaga udzielenia odpowiedzi, należy podkreślić odpowiednio TAK lub NIE).

Proszę o przyjęcie mojego dziecka do Oddziału Przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. Powstańców Styczniowych w Osjakowie ul. Częstochowska 24

DANE OSOBOWE DZIECKA

PESEL											
NAZWISKO				IMIĘ				DRUGIE IMIĘ			
Data Urodzenia				Miejsce urodzenia							

ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA			
Województwo			
Kod Pocztowy		Miejscowość	
Ulica		Nr Domu	

ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA (wypełnić w przypadku, kiedy adres zameldowania jest inny od adresu zamieszkania)			
Województwo			
Kod Pocztowy		Miejscowość	
Ulica		Nr Domu	

DANE OSOBOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ

NAZWISKO				IMIĘ			
ADRES ZAMIESZKANIA							
Województwo							
Kod Pocztowy		Miejscowość					
Ulica		Nr Domu					

DANE OSOBOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO

NAZWISKO				IMIĘ			
ADRES ZAMIESZKANIA OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO							
Województwo							
Kod Pocztowy		Miejscowość					
Ulica		Nr Domu					

TELEFONY KONTAKTOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ

Dom: Praca: Tel. komórkowy:

TELEFONY KONTAKTOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Dom: Praca: Tel. komórkowy:

POBYT DZIECKA W ODDZIALE PRZEDSZKOLNYM

Proszę zakreślić odpowiednio TAK lub NIE

Pobyt ponad podstawę programową	Od godz. 6.45-8.00	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Dzienny pobyt dziecka w zakresie podstawy programowej	Od godz. 8.00-13.00	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Dzienny pobyt dziecka w zakresie przekraczającym realizację podstawy programowej	Od godz. 13.00-16.30	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

WYŻYWIENIE Proszę zakreślić odpowiednio TAK lub NIE

ŚNIADANIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OBIAD	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
PODWIECZOREK	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU

Dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Informacja o stanie zdrowia dziecka, która może mieć znaczenie podczas pobytu dziecka w oddziale przedszkolnym np. stałe choroby, wady, alergie itp.		

.....
(podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Oświadczenie rodziców w przypadku upoważnienia innych osób do przyprowadzania i odbioru dziecka z Oddziału Przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. Powstańców Styczniowych w Osjakowie

wpisać można tylko osoby pełnoletnie

Ja..... legitymujący się dowodem osobistym nr.....

imię i nazwisko

upoważniam do odbioru mojego dziecka ze szkoły następujące osoby:

Lp.	Nazwisko i imię osoby upoważnionej	Stopień pokrewieństwa	Seria i numer dowodu osobistego

Data wypełnienia oświadczenia.....

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE TREŚCI ZGŁOSZENIA I OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

Pouczenie:

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 kodeksu karnego, oświadczam, że podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Przyjmuję do wiadomości, że dyrektor zespołu może zażądać przedstawienia dokumentów potwierdzających dane zapisane w Karcie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszej karcie do celów związanych z realizacją zadań statutowych szkoły, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2002r. nr. 101, poz 926 z późniejszymi zmianami).

.....

podpis matki/opiekunki prawnej

.....

podpis ojca/opiekuna prawnego