Szkoła Podstawowa im. św. Jadwigi Śląskiej

ul. Staropolska 4

59-216 Kunice

**Informacja o uczniu klasy ………..**

PESEL :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

IMIONA I NAZWISKO UCZNIA : ……………………………………………………………………………………

DATA I MIEJSCE URODZENIA : ……………………………………………………………………………………

1.

**ADRES ZAMELDOWANIA UCZNIA** : ………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………….

**ADRES ZAMIESZKANIA UCZNIA ( wpisać jeśli jest inny niż zameldowania )** ………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………..

**IMIĘ I NAZWISKO MATKI / OPIEKUNA** : ……………………………………………………………………………

NUMER TELFONU PRYWATNY / PRACA ……………………………………………………………………………………………………………………………

**IMIĘ I NAZWISKO OJCA / OPIEKUNA** : ……………………………………………………………………………..

NUMER TELFONU PRYWATNY / PRACA ………………………………………………………………………………………………….

2.

STAN RODZINY

**\*RODZINA PEŁNA/NIEPEŁNA, \*SIEROTA , \*W RODZINIE ZASTEPCZEJ**

 Podkreśl które dotyczy

JAK OCENIACIE PAŃSTWO SYTUACJĘ MATERIALNĄ RODZINY

**\*BARDZO DOBRA \*DOBRA \*WYMAGAJĄCA POMOCY**

 Podkreśl które dotyczy

3.

\*JAKIE ZAINTERESOWANIA, UZDOLNIENIA PRZEJAWIA PASTWA DZIECKO?…..……..………..……….

…….……..……………..…………….……….…………………………………..………..………..………….…..

\*CZY DZIECKO UCZESTNICZY W REGULARNYCH ZAJĘCIACH POZASZKOLNYCH, MAJĄCYCH WPŁYW NA

 JEGO FREKWENCJĘ?…………………..……………..………………….……………………..……….………….……….

\*CZY CHCIELIBYŚCIE PASTWO UCZESTNICZYĆ W SPOTKANIACH EDUKACYJNO- INFORMACYJNYCH DLA

 RODZICÓW?

 \*TAK \*NIE

\*JEŻELI TAK TO JAKA PROBLEMATYKA PAŃSTWA INTERESUJE? (PROSZĘ WYMIENIĆ)…………….

………………..…………………………….……….………….……..…………………….……………..…………….

\*INNE, ISTOTNE INFORMACJE O DZIECKU, RODZINIE, KTÓRE MOGŁYBY POMÓC W PRACY

 WYCHOWAWCZEJ I DYDAKTYCZNEJ ( podanie danych jest dobrowolne) .…………………………………………………..……..………….………………….……….…….……………

……………………………………………………………………………………………………………………

\*SYTUACJA ZDROWOTNA DZIECKA- CHOROBY, O KTÓRYCH SZKOLA POWINNA WIEDZIEĆ:

ALERGIA/ASTMA/CUKRZYCA/INSULINOOPORNOŚĆ/TARCZYCA/PRZEWLEKŁE CHOROBY (podanie danych jest dobrowolne )….…………………………………….............................................................

……..………………….…………………….……….……….…………..………..….……………………..…………….

 Podkreśl które dotyczy/lub wymień inne

\*CZY DZIECKO JEST POD OPIEKĄ PORADNI SPECJALISTYCZNEJ? ( JEŻELI TAK, TO JAKIEJ?)………….….

…………………………..………..………………………..…………………….……………………………..………….

\*CZY DZIECKO POSIADA OPINIĘ Z PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ ……………………………………

\*CZY DZIECKO POSIADA ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ……………………………………………………………

\*CZY DZIECKO BĘDZIE KORZYSTAŁO Z DOWOZU/ROZWOZU –ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Przystanek Ziemnice  | Przystanek Kunice Cegielnia | Przystanek Kunice Żeglarska | Dowóz przez rodzica  |
|  |  |  |  |

WYRAŻAM ZGODĘ, ABY OSOBY WSKAZANE PONIŻEJ PRZEZE MNIE PODEJMOWAŁY DECYZJE I

 CZYNNOŚCI DOTYCZĄCE MOJEGO DZIECKA W ZAKRESIE : ODBIÓR DZIECKA ZE SZKOŁY (SYTUACJE

 NAGŁE, WYCIECZKI, IMPREZY SZKOLNE), UDZIELANIE INFORMACJI O POSTEPACH SZKOLNYCH

 DZIECKA, USPRAWIEDLIWIENIE NIEOBECNOŚCI, UCZESTNICZENIE W SPOTKANIACH WYCHOWAWCY

 KLASY Z RODZICAM

**Stanowisko rodziców/prawnych opiekunów w sprawach organizacji procesu dydaktyczno – wychowawczego w roku szkolnym 2022/2023**

**w Szkole Podstawowej im. św. Jadwigi Śląskiej w Kunicach.**

**Wyrażenie zgody rodziców/prawnych opiekunów:**

**Wyrażam zgodę na:**

Publikację zdjęć mojego dziecka z pobytu w szkole (uroczystości, konkursy, wycieczki, itp.) na gazetkach ściennych, stronie internetowej oraz w prasie lokalnej.

TAK NIE

Interwencję medyczną podczas pobytu mojego dziecka w szkole w przypadku nieszczęśliwego zdarzenia.

TAK NIE

Udział mojego dziecka w zajęciach religii.

TAK NIE

Udział mojego dziecka w zajęciach „Wychowania do życia w rodzinie” (kl. IV-VII)

TAK NIE

Uczestnictwo dziecka w wycieczkach pieszych i wyjazdowych poza teren szkoły organizowanych przez szkołę.

TAK NIE

Udział dziecka w zajęciach dodatkowych organizowanych przez Szkołę (zajęcia sportowe, dydaktyczno – wyrównawcze, specjalistyczne, pozalekcyjne koła zainteresowań itp.)

TAK NIE

Wyrażam zgodę na samodzielny powrót dziecka ze szkoły do domu .

TAK NIE

Kunice, dn. …………………………… ………………………………………………….

 Podpis rodzica/prawnego opiekun