**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO W SZKOLE PODSTAWOWEJ W ŁUKOWICY**

**W TRAKCIE TRWANIA ROKU SZKOLNEGO 2024/2025**

(Wniosek wypełniają rodzice lub opiekunowie prawni dziecka. Wniosek o przyjęcie należy wypełnić drukowanymi literami. Przy oznaczeniu \* skreślić niewłaściwe)

|  |
| --- |
| **Proszę o przyjęcie dziecka do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej**  **Im. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE W ŁUKOWWICY** |

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA** |

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE DZIECKA** |
| imię |  | drugie imię |  |
| nazwisko |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| data urodzenia |  | miejsce urodzenia |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA |
| ulica |  | nr domu |  | nr mieszkania |  |
| kod pocztowy |  | miejscowość |  |
| gmina |  | powiat |  |

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH RODZICÓW DZIECKA/OPIEKUNÓW PRAWNYCH** |

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** |
| imię |  | nazwisko |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA |
| ulica |  | nr domu |  | nr mieszkania |  |
| kod pocztowy |  | miejscowość |  |
| gmina |  | powiat |  |
| telefon komórkowy |  | adres e-mail |  |

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** |
| imię |  | nazwisko |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA |
| ulica |  | nr domu |  | nr mieszkania |  |
| kod pocztowy |  | miejscowość |  |
| gmina |  | powiat |  |
| telefon komórkowy |  | adres e-mail |  |
| **INFORMACJE O DZIECKU** |
| Informacje o stanie zdrowia dziecka mogące mieć znaczenie podczas pobytu dziecka w oddziale przedszkolnym.Stan zdrowia dziecka : zdrowe /ma problemy zdrowotne (alergie, choroby przewlekłe, wady wzroku lub słuchu, inne) / jest pod opieką poradni specjalistycznej …..……………………………....................................................................................................................................................................... Dziecko posiada wydane przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne: opinie w sprawie objęcia pomocą psychologiczno- pedagogiczną, opinie o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego/lub wydane przez komisję d/s orzekania o niepełnosprawności: orzeczenie o niepełnosprawności.Inne: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………........................................................................................ |

**Pouczenia:**

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.( Art. 233 § 1 K.K )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………… |  ……………………………….. |  ………………………………… |
|  data |  podpis matki/opiekunki prawnej |  podpis ojca/ opiekuna prawnego |

1. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych zawartych we wniosku o przyjęcie do celów związanych z przeprowadzeniem naboru do OP oraz organizacją pracy i funkcjonowaniem szkoły, zgodnie Ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych oraz na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. – RODO;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  ………………………………… |  ……………………………….. |  ………………………………… |
|  data |  podpis matki/opiekunki prawnej |  podpis ojca/ opiekuna prawnego |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Deklaracje rodziców** | **Imię nazwisko** | **Podpis****rodzica** |
| Upoważniam do odbioru mojego dziecka z oddziału przedszkolnego, wymienione obok pełnoletnie osoby (poza rodzicami /opiekunami prawnymi).Bierzemy na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo odebranego dziecka,  od momentu jego odbioru przez wskazaną, upoważnioną przez nas osobę. | **…………………………………………………………………………..****…………………………………………………………………………..** |  |
| Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach terenowych, wyjściach, wyjazdach i wycieczkach organizowanych w ramach programu dydaktyczno – wychowawczego oddziału przedszkolnego.\* | **Wyrażam zgodę** | **Nie wyrażam** **zgody** |  |
| Wyrażam zgodę na przeprowadzenie przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania badania typu: mierzenie, ważenie, udzielania pierwszej pomocy medycznej.\* | **Wyrażam zgodę** | **Nie wyrażam** **zgody** |  |
| Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania przesiewowego logopedycznego w szkole gdzie będzie uczęszczało moje dziecko\* | **Wyrażam zgodę** | **Nie wyrażam** **zgody** |  |
| Wyrażam zgodę na publikowanie prac oraz wizerunku mojego dziecka w prasie i na stronach internetowych w ramach informacji o pracy dydaktyczno – wychowawczej i promocji oddziału przedszkolnego i szkoły.\* | **Wyrażam zgodę** | **Nie wyrażam** **zgody** |  |
| Wyrażam wolę uczestnictwa mojego dziecka w zajęciach religii/etyki \* | **Religia TAK** | **Etyka TAK** |  |

**Adnotacja o przyjęciu**

Decyzją komisji kwalifikacyjnej kandydat **został / nie został\*** przyjęty do oddziału przedszkolnego Szkoły Podstawowej w Łukowicy w roku szkolnym 2024/2025.

***\* niepotrzebne skreślić***

 ***Data …………………………… 2024 r. ………………………………………………………………………***

 ***Przewodniczący Komisji Kwalifikacyjnej***