

**Wniosek  
o zapis dziecka  
do Szkoły Podstawowej im. Jana Klicha w Wieprzu**

**DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA** *Wypełniają rodzice (prawni opiekunowie) dziecka*

Numer PESEL	Imię	Drugie imię	Nazwisko																																				
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																																							
<b>Data urodzenia:</b>										<b>Miejsce urodzenia:</b>																													
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																																							
<b>Adres zameldowania dziecka:</b>										<b>Adres zamieszkania dziecka:</b>																													
<b>Adres szkoły obwodowej (w przypadku dzieci nie zameldowanych w obwodzie SP Wieprz):</b>										<b>Nazwa przychodni, w której została złożona deklaracja korzystania ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej:</b>																													
<b>Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności, orzeczenie o kształceniu specjalnym, opinię poradni psychologiczno-pedagogicznej lub inne zaświadczenia?</b> <b>TAK (dołączyć ksero)    NIE</b>										<b>Czy dziecko znajduje się pod opieką poradni specjalistycznej ?</b> <b>TAK (jakiej ?)            NIE</b>																													

**DANE IDENTYFIKACYJNE RODZICÓW /PRAWNYCH OPIEKUNÓW**

Matka/opiekunka prawna		Ojciec/opiekun prawny	
<b>Imię i nazwisko:</b>		<b>Imię i nazwisko:</b>	
<b>Adres zameldowania:</b>		<b>Adres zameldowania:</b>	
<b>Kontakt:</b>		<b>Kontakt:</b>	
<b>Telefon</b> (dom, komórka)		<b>Telefon</b> (dom, komórka)	
<b>e-mail</b>		<b>e-mail</b>	

**INFORMACJE O DZIECKU**

<b>Zainteresowania:</b>	
<b>Choroby, alergie:</b>	

**Inne uwagi o dziecku:**

## OŚWIADCZENIE

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 k.k. oświadczam, że podane dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Zobowiązuję się do informowania szkoły o wszelkich zmianach - nr telefonów, adresów oraz o chorobach i sytuacjach, które mogą mieć wpływ na bezpieczeństwo i funkcjonowanie dziecka w Szkole Podstawowej im. Jana Klicha w Wieprzu.

Zobowiązuję się do zapoznania i przestrzegania Statutu Szkoły, regulaminów, procedur obowiązujących w szkole.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w formularzu do celów edukacyjnych oraz celów związanych z realizacją przez szkołę zadań statutowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.)

**Dotyczy zapisu do klasy .....**

Oświadczam, że moje dziecko ..... realizuje (zrealizowało) roczny obowiązek przygotowania przedszkolnego

.....  
(podać adres placówki)

.....  
*data miejscowość*

.....  
*Podpis matki(prawnej opiekunki)*

.....  
*Podpis ojca(prawnego opiekuna)*