



**KARTA ZAPISU DZIECKA DO
SZKOŁY PODSTAWOWEJ
im. Jana Pawła II w Tokarach Pierwszych**

Proszę o przyjęcie dziecka do szkoły w roku szkolnym/.....

I. DANE DZIECKA

Nazwisko imię..... drugie imię.....

PESEL _ _ _ _ _

Data urodzenia

Miejsce urodzenia Województwo

Adres

zameldowania:.....
..... miejscowość nr domu, kod pocztowy, poczta, telefon domowy

Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż zameldowania):

.....
..... miejscowość nr domu, kod pocztowy, poczta, telefon domowy

II. DANE RODZICÓW

.....
matka (opiekun prawny)

.....
tel. kontaktowy

Adres zamieszkania (jeżeli inny niż dziecka).....
..... miejscowość nr domu, kod pocztowy, poczta, telefon domowy

.....
ojciec (opiekun prawny)

.....
tel. kontaktowy

Adres zamieszkania (jeżeli inny niż dziecka)
..... miejscowość nr domu, kod pocztowy, poczta, telefon domowy

III. INNE INFORMACJE

1. REJONOWA SZKOŁA PODSTAWOWA*(dotyczy dzieci zameldowanych poza obwodem szkoły)

.....
nazwa

.....
miejscowość

.....
adres

.....
województwo

2. DEKLARACJA UCZESTNICTWA DZIECKA W ZAJĘCIACH RELIGII

W klasach I - VIII dziecko będzie/nie będzie (właściwe podkreślić) uczestniczyło w zajęciach religii.

DO PODANIA PROSZĘ DOŁĄCZYĆ:

- Świadectwo ukończenia ostatniej klasy w poprzedniej szkole;
- Odpis arkusza ocen z poprzedniej szkoły ;
- Informację medyczną;
- Zdjęcie legitymacyjne – 1 szt.;
- potwierdzenie zapoznania się z klauzulą informacyjną w celu przepr. post. rekrutacyjnego ucznia;
- zgoda na wykorzystanie danych osobowych oraz wizerunku w celach inf. i promocyjnych;
- zgoda na wykorzystanie danych osobowych dziecka na portalu Facebook;
- zgoda na przetwarzanie danych wrażliwych;

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 29.08.1997 r. (Dz. U. nr 133 poz. 883 z późn. zm.).

Data:

Podpisy rodziców:.....

Informacja medyczna rodziców – opiekunów o dziecku:
(informacje objęte tajemnicą medyczną, do użytku w gabinecie pielęgniarki oraz przez nauczycieli podczas zajęć i w czasie wycieczek organizowanych przez szkołę)

Imię i nazwisko

ucznia.....

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 (od 7-go roku życia) tak/nie

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

Wyrażam zgodę na sprawdzanie czystości głowy (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.....