………………………………………. Szewna, ………………….………

Imię i nazwisko

……………………………………….

Adres

………………………………………..

Nr telefonu

**Pani**

**mgr Małgorzata Turczyńska**

Dyrektor Zespołu Szkół Publicznych

w Szewnie

***Wniosek o przyjęcie ucznia***

***do***

***Publicznej Szkoły Podstawowej w Szewnie***

Proszę o przyjęcie ……...………………………………………. do klasy ……. w roku szkolnym ……………

(Imiona i nazwisko dziecka)

do Zespołu Szkół Publicznych w Szewnie ul. M. Langiewicza 3

**DANE O MACIERZYSTEJ SZKOLE OBWODOWEJ**

**Moje dziecko powinno realizować obowiązek szkolny wg obwodu w następującej szkole**

Pełna nazwa szkoły *…………………………………………………………………………………………………………*

Adres szkoły *………………………………………………..……………………………………………………….*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **I. DANE UCZNIA** | |
|  | Imiona |  |
|  | Nazwisko |  |
|  | Data urodzenia |  |
|  | Miejsce urodzenia |  |
|  | PESEL |  |
|  | Adres zameldowania ucznia |  |
|  | Adres zamieszkania ucznia |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **II. DANE RODZICÓW/PRAWNYCH OPIKUNÓW** | | |
|  | **Matki** | **Ojca** |
|  | Imiona |  |  |
|  | Nazwisko |  |  |
|  | Adres zameldowania |  |  |
|  | Adres zamieszkania |  |  |
|  | Telefon kontaktowy |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **III. DANE DODATKOWE** | |
|  | Specjalne potrzeby wynikające ze stanu zdrowia kandydata (opieka specjalistyczna, przyjmowane leki, ew. zwolnienie z wf, itp.) |  |
|  | Uczeń posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego: | tak nie  *Jeśli tak, zaznacz właściwy kwadrat.*  niewidomy słabo słyszący niesłyszący słabo widzący  niepełnosprawny ruchowo  upośledzony w stopniu lekkim  inne, jakie ………………………. |
|  | Uczeń posiada opinięPoradni Psychologiczno – Pedagogicznej | tak nie |

**Zobowiązuję się do poinformowania szkoły o zmianie innych danych zawartych w podaniu.**

**Wyrażam zgodę na sprawdzanie czystości mojego dziecka przez pielęgniarkę szkolną.**

***Oświadczenie:***

*Uprzedzony o odpowiedzialno*ś*ci karnej z art. 233 kodeksu karnego o*ś*wiadczam,* ż*e podane dane s*ą *zgodne ze stanem faktycznym. Przyjmuj*ę *do wiadomo*ś*ci,* ż*e dyrektor przedszkola/ szkoły mo*ż*e za*żą*da*ć *przedstawienia dokumentów potwierdzaj*ą*cych dane zapisane w Karcie Zapisu.*

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w Karcie Zapisu do Zespołu Szkół Publicznych w Szewnie (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018r. roku o Ochronie Danych Osobowych; Dz. U. z 2018r. poz. 1000). Dane osobowe podlegaj*ą *ochronie zgodnie z obowi*ą*zuj*ą*cymi przepisami i z zachowaniem nale*ż*ytej staranno*ś*ci.*

*Wyrażam zgodę na prezentację wizerunku w celu promocji i przedstawienia osiągnięć w Zespole Szkół Publicznych (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018r. roku o Ochronie Danych Osobowych; Dz. U. z 2018r. poz. 1000).*

*Dane osobowe podlegaj*ą *ochronie zgodnie z obowi*ą*zuj*ą*cymi przepisami i z zachowaniem nale*ż*ytej staranno*ś*ci.*

|  |  |
| --- | --- |
| Data wypełnienia zgłoszenia: |  |
| Czytelny podpis matki: | |
| Czytelny podpis ojca: | |

***Dane osobowe podlegaj***ą ***ochronie zgodnie z obowi***ą***zuj***ą***cymi przepisami i z zachowaniem nale***ż***ytej staranno***ś***ci.***

***Załączniki:***

***KANDYDACI DO KLAS 2-8:***

1. Druk podania (do pobrania na stronie internetowej lub w sekretariacie szkoły).

2. Świadectwo ukończenia klasy, do której ostatnio uczęszczało dziecko.

3. Kserokopia aktu urodzenia dziecka.

4. Aktualną Opinię Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej /jeżeli dziecko ją posiada, a rodzic wyraża zgodę na dołączenie jej do dokumentacji szkolnej/.

5. Orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności /jeżeli dziecko je posiada, a rodzic wyraża zgodę na dołączenie go do dokumentacji szkolnej/.

|  |  |
| --- | --- |
| Data wypełnieniazgłoszenia: |  |
| Czytelny podpis matki: | |
| Czytelny podpis ojca: | |