**WNIOSEK RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

**O PRZYJĘCIE DZIECKA DO SZKOŁY**

**SPOZA OBWODU SZKOŁY PODSTAWOWEJ NR 5 W ŻARACH**

**im. Polskich Noblistów**  
Wniosek proszę wypełnić czytelnie!

Proszę o przyjęcie mojego dziecka …………………………………………………………………………………..do Szkoły Podstawowej nr 5

(nazwisko i imię dziecka)

im. Polskich Noblistów w Żarach do klasy ……………………………….. w roku szkolnym ………………………………………………………

Obwód szkoły podstawowej, do którego dziecko należy zgodnie z zameldowaniem …………………………………………………

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

( należy podać nazwę szkoły z rejonu dziecka wraz z adresem szkoły)

Dziecko odbyło wymagane przygotowanie przedszkolne w ( podać nazwę i adres przedszkola): …….……………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Uzasadnienie wyboru szkoły:(właściwe podkreślić)**

- w szkole obowiązek szkolny spełnia rodzeństwo dziecka,

- miejsce pracy rodziców znajduje się blisko szkoły,

- w obwodzie szkoły zamieszkują krewni dziecka (babcia, dziadek) wspierający rodziców (opiekunów prawnych )

w zapewnieniu mu należytej opieki,

- droga dziecka do szkoły jest krótsza niż do szkoły obwodowej,

- dzieci pracowników szkoły.

- inne …………………………………………………………………………………………………………

INFORMACJA

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity: Dz. U. 2002 r. Nr 101 poz. 926 ze zm) przyjmuję do wiadomości, że:

* Administratorem danych jest Szkoła Podstawowa nr 5 im. Polskich Noblistów w Żarach przy ul. Częstochowskiej 15
* Dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie przepisów prawa.
* Przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawiania.

***Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku do celów związanych z rekrutacją podstawa prawna: ustawa z dnia 29 sierpnia 1997r. (Dz.U. z 2002r. nr 101, poz.926z poń. zmianami)***

**Data** ……………………… Podpis MATKI /opiekuna prawnego…………………………….

Podpis OJCA /opiekuna prawnego ………………………………

**I DANE DZIECKA I RODZICÓW**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko |  |
| Imię |  |
| Drugie imię |  |
| PESEL |  |
| Data urodzenia |  |
| Miejsce urodzenia |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Adres zameldowania |  |
| Przedszkole, w którym dziecko realizuje obowiązek wychowania przedszkolnego |  |

**Dane rodziców/opiekunów prawnych dziecka:**

**Matka/ opiekun prawny**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Adres zameldowania (wpisać jeżeli jest inny niż zamieszkania) |  |
| Numer telefonu kontaktowego  -stacjonarny  - komórkowy  - do miejsca pracy |  |
|  |
|  |
| Adres poczty elektronicznej |  |

**Ojciec/ opiekun prawny**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Adres zameldowania (wpisać jeżeli jest inny niż zamieszkania) |  |
| Numer telefonu kontaktowego  - stacjonarny  - komórkowy  - do miejsca pracy |  |
|  |
|  |
| Adres poczty elektronicznej |  |

1. **W przypadku zapisania dziecka do SP nr 5 w Żarach do karty zgłoszenia dziecka proszę dołączyć:**
2. a) akt urodzenia dziecka
3. b) kartę badania dziecka 6-letniego z przychodni lekarza rodzinnego zawierającą poświadczenie o stanie zdrowia dziecka – gotowość szkolna

**II DANE DODATKOWE dotyczące ucznia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEKLARACJE /ZGODY** | | |
| Deklaruję uczestnictwo mojego dziecka w lekcjach religii/etyki  (zaznaczyć wybrana opcję wpisują TAK lub NIE) | RELIGIA [ ] | ETYKA [ ] |
| Deklaruję pobyt dziecka w świetlicy  (należy zaznaczyć wybraną opcję znakiem X) | TAK [ ] | NIE [ ] |
| Zgoda na wykorzystanie danych i wizerunku dziecka  (w publikacjach papierowych i elektronicznych, w tym internetowych, związanych z życiem szkoły)  (należy zaznaczyć wybraną opcję znakiem X) | TAK [ ] | NIE [ ] |
| Zgoda na to, aby jedno z rodziców, w imieniu obojga, podejmowało decyzje w sprawie wyjazdu dziecka, w szczególności na wycieczki, zawody sportowe, konkursy oraz inne imprezy okolicznościowe odbywające się poza szkołą    (należy zaznaczyć wybraną opcję znakiem X) | TAK [ ] | NIE [ ] |

**Dokumenty dodatkowe, gdy dotyczą dziecka prosimy przedłożyć w celu zapewnienia właściwej pomocy psychologiczno – pedagogicznej, innej specjalistycznej\*:**

- opinia z poradni psychologiczno – pedagogicznej dziecka

- opinia o potrzebie kształcenia specjalnego wydana ze względu na niepełnosprawność

- orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności dotyczące dziecka

\*zgodnie z wolą rodziców / prawnych opiekunów

**Inne dokumenty dodatkowe\*:**

-postanowienia wydane przez sąd dotyczące objęcia dziecka pieczą zastępczą

- ograniczenia /pozbawienia władzy rodzicielskiej jednego z rodziców lub prawnych opiekunów

\*zgodnie z wolą rodziców/ prawnych opiekunów

***Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym. O wszelkich zmianach niezwłocznie powiadomię dyrektora szkoły. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku do celów związanych z rekrutacją podstawa prawna: ustawa z dnia 29 sierpnia 1997r. (Dz.U. z 2002r. nr 101, poz.926z poń. zmianami)***

Wymagany jest podpis obydwojga rodziców /opiekunów prawnych lub rodzica / opiekuna prawnego zgodnie z aktualnym stanem prawnym opieki nad dzieckiem.

**Data …………………………. Podpis matki /opiekuna prawnego ……………………………………**

**Podpis ojca /opiekuna prawnego ……………………………………**