*Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji*

**KWESTIONARIUSZ ZAPISU DZIECKA DO KLASY PIERWSZEJ**

**SZKOŁY PODSTAWOWEJ IM.PARTYZANTÓW GRYFA POMORSKIEGO W KIEŁPINIE**

**ROK SZKOLNY 2018/2019**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE DZIECKA** | | | | | | |
| IMIONA I NAZWISKO | | |  | | | |
| DATA I MIEJSCE URODZENIA | | |  | | | |
| PESEL | | |  | | | |
| ADRES | ZAMIESZKANIA | | Ulica …………………….……………………………………….…. nr domu ……….…  Kod pocztowy ……………………….………………… Miejscowość ……………….……………………….. | | | |
| ZAMELDOWANIA | | Ulica ……………….…………………………………..…………. nr domu ……..……  Kod pocztowy ………………………………….……… Miejscowość ………………………………………….. | | | |
| **RODZICE/PRAWNI OPIEKUNOWIE** | | | | | | |
| IMIĘ I NAZWISKO RODZICÓW KANDYDATA | | | MATKI | |  | |
| OJCA | |  | |
| ADRES ZAMIESZKANIA  MATKI | | | Ulica ……………….…………………………………..…………. nr domu ……..……  Kod pocztowy ………………………………….……… Miejscowość ………………………………………….. | | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA  OJCA | | | Ulica ……………….…………………………………..…………. nr domu ……..……  Kod pocztowy ………………………………….……… Miejscowość ………………………………………….. | | | |
| NUMER TELEFONU | | | MATKI |  | | |
| OJCA |  | | |
| ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ | | | MATKI |  | | |
| OJCA |  | | |
| **STAN ZDROWIA DZIECKA** | | | | | | |
| Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej, jeżeli tak, to jakiej? | | | | | |  |
| Czy dziecko posiada opinię Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej? ( w załączeniu kopia opinii) | | | | | |  |
| Czy dziecko posiada orzeczenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej? ( w załączeniu kopia orzeczenia) | | | | | |  |
| Inne problemy zdrowotne, jakie? | | | | | |  |
| **DODATKOWE INFORMACJE** | | | | | | |
| SYTUACJA RODZINNA | | | | | | Rodzina: pełna, niepełna, rozbita, inna sytuacja, jaka?..........................................................................................  Sytuacja materialna: bardzo dobra, dobra, trudna\* |
| LICZBA DZIECI W RODZINIE | | | | | |  |
| UWAGI | |  | | | | |

*OŚWIADCZENIE RODZICÓW*

*Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\** na przetwarzanie danych osobowych w zakresie celów dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych realizowanych przez Zespół Szkół w Kiełpinie na czas pobytu dziecka w Szkole, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( tekst jednolity Dz. U. 2016 poz. 922.)

*Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\** na publikację wizerunku mojego dziecka w celach promocji osiągnięć dydaktyczno – wychowawczych Szkoły ( strona internetowa szkoły, prasa, telewizja, kronika szkolna, gazetki szkolne), zgodnie z Ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2016 r., poz.666.)

*Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\** na dokonywanie diagnozy umiejętności dziecka.

Oświadczam, że przedstawione dane są zgodne z aktualnym stanem faktycznym.

Kiełpino, dnia ………………………………… ……………………………………………….….

podpis rodzica ( prawnego opiekuna)

*\* ( właściwe zakreślić* )

OŚWIADCZENIE RODZICA DOTYCZĄCE NAUCZANIA PRZEDMIOTU RELIGIA\*

Wyrażam życzenie, aby syn/córka ……………………………………………………………………., od roku szkolnego …………………………/…………………………. do ukończenia Szkoły Podstawowej uczęszczał/a/ na lekcje religii.

Kiełpino, dnia ……………. ……………………………………………………

podpis rodzica(prawnego opiekuna)

\* Na podstawie Ustawy o systemie oświaty oraz Rozporządzenia MEN z dnia 25.03.2014r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków i sposobu organizowania nauki religii w publicznych przedszkolach i szkołach

**KWESTIONARIUSZ ZAPISU DZIECKA DO KLASY ………………………………….**

**SZKOŁY PODSTAWOWEJ IM.PARTYZANTÓW GRYFA POMORSKIEGO W KIEŁPINIE**

**ROK SZKOLNY ……………………………….**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE DZIECKA** | | | | | | |
| IMIONA I NAZWISKO | | |  | | | |
| DATA I MIEJSCE URODZENIA | | |  | | | |
| PESEL | | |  | | | |
| ADRES | ZAMIESZKANIA | | Ulica …………………….……………………………………….…. nr domu ……….…  Kod pocztowy ……………………….………………… Miejscowość ……………….……………………….. | | | |
| ZAMELDOWANIA | | Ulica ……………….…………………………………..…………. nr domu ……..……  Kod pocztowy ………………………………….……… Miejscowość ………………………………………….. | | | |
| **RODZICE/PRAWNI OPIEKUNOWIE** | | | | | | |
| IMIĘ I NAZWISKO RODZICÓW KANDYDATA | | | MATKI | |  | |
| OJCA | |  | |
| ADRES ZAMIESZKANIA  MATKI | | | Ulica ……………….…………………………………..…………. nr domu ……..……  Kod pocztowy ………………………………….……… Miejscowość ………………………………………….. | | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA  OJCA | | | Ulica ……………….…………………………………..…………. nr domu ……..……  Kod pocztowy ………………………………….……… Miejscowość ………………………………………….. | | | |
| NUMER TELEFONU | | | MATKI |  | | |
| OJCA |  | | |
| ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ | | | MATKI |  | | |
| OJCA |  | | |
| **STAN ZDROWIA DZIECKA** | | | | | | |
| Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej, jeżeli tak, to jakiej? | | | | | |  |
| Czy dziecko posiada opinię Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej? ( w załączeniu kopia opinii) | | | | | |  |
| Czy dziecko posiada orzeczenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej? ( w załączeniu kopia orzeczenia) | | | | | |  |
| Inne problemy zdrowotne, jakie? | | | | | |  |
| **DODATKOWE INFORMACJE** | | | | | | |
| SYTUACJA RODZINNA | | | | | | Rodzina: pełna, niepełna, rozbita, inna sytuacja, jaka?..........................................................................................  Sytuacja materialna: bardzo dobra, dobra, trudna\* |
| LICZBA DZIECI W RODZINIE | | | | | |  |
| UWAGI | |  | | | | |

*OŚWIADCZENIE RODZICÓW*

*Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\** na przetwarzanie danych osobowych w zakresie celów dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych realizowanych przez Zespół Szkół w Kiełpinie na czas pobytu dziecka w Szkole, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( tekst jednolity Dz. U. 2016 poz. 922.)

*Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\** na publikację wizerunku mojego dziecka w celach promocji osiągnięć dydaktyczno – wychowawczych Szkoły ( strona internetowa szkoły, prasa, telewizja, kronika szkolna, gazetki szkolne), zgodnie z Ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2016 r., poz.666.)

*Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\** na dokonywanie diagnozy umiejętności dziecka.

Oświadczam, że przedstawione dane są zgodne z aktualnym stanem faktycznym.

Kiełpino, dnia ………………………………… ……………………………………………….….

podpis rodzica ( prawnego opiekuna)

*\* ( właściwe zakreślić* )

OŚWIADCZENIE RODZICA DOTYCZĄCE NAUCZANIA PRZEDMIOTU RELIGIA\*

Wyrażam życzenie, aby syn/córka ……………………………………………………………………., od roku szkolnego …………………………/…………………………. do ukończenia Szkoły Podstawowej uczęszczał/a/ na lekcje religii.

Kiełpino, dnia ……………. ……………………………………………………

podpis rodzica(prawnego opiekuna)

\* Na podstawie Ustawy o systemie oświaty oraz Rozporządzenia MEN z dnia 25.03.2014r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków i sposobu organizowania nauki religii w publicznych przedszkolach i szkołach