

**ODDZIAŁ PRZEDSZKOLNY
W PUBLICZNEJ SZKOLE PODSTAWOWEJ W SOKOLE**

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DZIECKA

| Dane dziecka | |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| Imię i nazwisko dziecka | |
| PESEL | |
| Data urodzenia | |
| Miejsce urodzenia | |
| Adres zamieszkania | |
| Miejscowość, kod pocztowy | |
| Ulica | |
| Nr domu/nr mieszkania | |
| Rodzice/prawni opiekunowie | |
| Imię i nazwisko matki | |
| Telefon kontaktowy | |
| Imię i nazwisko ojca | |
| Telefon kontaktowy | |
| Wybór oddziału | |
| Oddział 3-, 4-latków | |
| Oddział 5-, 6-latków | |
| Godziny pobytu dziecka | Od godz. do godz. |

SZANOWNI RODZICE!

To właśnie Wy najlepiej znacie swoje dziecko i potraficie odczytać Jego indywidualne potrzeby. W trosce o dobre samopoczucie Was i Waszego malucha, którego już niedługo będziecie zostawiać pod naszą opieką, zależy nam na wcześniejszym poznaniu Waszych największych Skarbów. Pomocna w tym celu będzie wymiana informacji dotyczących Waszego dziecka, dlatego z góry dziękujemy za udzielone przez Was odpowiedzi, które pozwolą nam lepiej poznać potrzeby Dzieci, zanim trafią do naszej placówki.

| Dodatkowe informacje o dziecku, mogące mieć znaczenie podczas jego pobytu w przedszkolu | |
|---|--|
| <p><u>Posiłki</u> Proszę zaznaczyć stwierdzenie, które charakteryzuje Państwa dziecko:</p> | <p><input type="checkbox"/> Praktycznie je wszystko, nie ma specjalnych upodobań.</p> <p><input type="checkbox"/> Jest niejadkiem</p> <p><input type="checkbox"/> Dziecko ma specjalne potrzeby związane z żywieniem. Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> Jest alergikiem uczulonym na:</p> |
| <p><u>Samodzielność</u> Proszę zaznaczyć stwierdzenie, które charakteryzuje Państwa dziecko:</p> | <p><input type="checkbox"/> Samo radzi sobie z jedzeniem.</p> <p><input type="checkbox"/> Wymaga niewielkiej pomocy przy jedzeniu.</p> <p><input type="checkbox"/> Trzeba je karmić.</p> <p><input type="checkbox"/> Samodzielnie korzysta z toalety.</p> <p><input type="checkbox"/> Zgłasza swoje potrzeby, ale wymaga pomocy przy pójściu do toalety.</p> <p><input type="checkbox"/> Dziecko nie przeszło treningu czystości i korzysta jeszcze z pieluszek.</p> |
| <p><u>Odpoczynek w ciągu dnia</u> Czy Państwa dziecko śpi w ciągu dnia?</p> | <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> |
| <p><u>Opieka poradni specjalistycznych</u> Czy Państwa dziecko pozostaje pod opieką poradni specjalistycznej?</p> | <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak (jakiej?)</p> |
| <p><u>Zajęcia terapeutyczne</u> Czy Państwa dziecko uczestniczy w zajęciach</p> | <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak (jakich?)</p> |

| | |
|--|--|
| terapeutycznych? | |
| <u>Inne ważne informacje o dziecku</u> | |

Pouczenie

1. Administratorem danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku jest dyrektor Publicznej Szkoły Podstawowej w Sokole.

Oświadczenie wnioskodawcy

1. Oświadczam, że podane we wniosku dane są zgodne z aktualnym stanem faktycznym.
2. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystanie danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla potrzeb związanych z rekrutacją zgodnie z wnioskiem oraz zgodnie z art. 23 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych z późn. zm. (Dz.U. z 2002, nr. 101, poz. 926 ze zm.)

.....

Data

.....

Podpis rodzica/opiekuna prawnego