**KARTA ZAPISU UCZNIA**

**do Szkoły Podstawowej nr 2**

**im. Jana Śniadeckiego w Żninie**

 **Szanowni Państwo,**

 Dyrekcja Szkoły oraz Rada Pedagogiczna zwraca się do Państwa z prośbą o uzupełnienie poniższego kwestionariusza w związku z zapisaniem dziecka do Szkoły Podstawowej nr 2 im. Jana Śniadeckiego w Żninie.

 Jednocześnie zapewniamy Państwa, że wszystkie **dane przekazane szkole będą wykorzystywane jedynie do celów szkolnych i objęte są ochroną danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz. 1000).**

  *Dziękujemy*

 *za rzetelne wypełnienie kwestionariusza*

 *Dyrekcja Szkoły i Rada Pedagogiczna*

1. **Dane** **ogólne** (proszę wypełniać drukowanymi literami)

**KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH UCZNIA**

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE DZIECKA** |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | NAZWISKO |  |
| IMIĘ |  | DRUGIE IMIĘ |  |
| DATA URODZENIA |  |  |  |  |  |  |  |  | MIEJSCE URODZENIA |  |
| d | d | m | m | r | r | r | r |

|  |
| --- |
| **ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA** |
| ULICA |  | NR DOMU |  | NR MIESZKANIA |  |
| KOD POCZTOWY |  |  | - |  |  |  | MIEJSCOWOŚĆ |  |

|  |
| --- |
| **ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA***(wypełnić w przypadku, kiedy różni się od adresu zamieszkania)* |
| ULICA |  | NR DOMU |  | NR MIESZKANIA |  |
| KOD POCZTOWY |  |  | - |  |  |  | MIEJSCOWOŚĆ |  |

 **KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH**

 **MATKI / PRAWNEJ OPIEKUNKI** *(niewłaściwe skreślić)*

|  |
| --- |
| **INFORMACJE OGÓLNE DOTYCZĄCE MATKI/ PRAWNEJ OPIEKUNKI** |
| NAZWISKO |  | IMIONA |  |
| NUMER TELEFONU DO ZAKŁADU PRACY |  |
| NUMER TELEFONU DO DOMU |  |
| MIEJSCE PRACY |  |

|  |
| --- |
| **ADRES ZAMIESZKANIA MATKI / PRAWNEJ OPIEKUNKI** |
| ULICA |  | NR DOMU |  | NR MIESZKANIA |  |
| KOD POCZTOWY |  |  | - |  |  |  | MIEJSCOWOŚĆ |  |

|  |
| --- |
| **ADRES ZAMELDOWANIA MATKI / PRAWNEJ OPIEKUNKI***(wypełnić w przypadku, kiedy różni się od adresu zamieszkania)* |
| ULICA |  | NR DOMU |  | NR MIESZKANIA |  |
| KOD POCZTOWY |  |  | - |  |  |  | MIEJSCOWOŚĆ |  |

**KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYKWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH**

 **OJCA / PRAWNEGO OPIEKUNA***(niewłaściwe skreślić)*

|  |
| --- |
| **INFORMACJE OGÓLNE DOTYCZĄCE OJCA / PRAWNEGO OPIEKUNKA** |
| NAZWISKO |  | IMIONA |  |
| NUMER TELEFONU DO ZAKŁADU PRACY |  |
| NUMER TELEFONU DO DOMU |  |
| MIEJSCE PRACY |  |

|  |
| --- |
| **ADRES ZAMIESZKANIA OJCA / PRAWNEGO OPIEKUNA** |
| ULICA |  | NR DOMU |  | NR MIESZKANIA |  |
| KOD POCZTOWY |  |  | - |  |  |  | MIEJSCOWOŚĆ |  |

|  |
| --- |
| **ADRES ZAMELDOWANIA OJCA / PRAWNEGO OPIEKUNA***(wypełnić w przypadku, kiedy różni się od adresu zamieszkania)* |
| ULICA |  | NR DOMU |  | NR MIESZKANIA |  |
| KOD POCZTOWY |  |  | - |  |  |  | MIEJSCOWOŚĆ |  |

**II Dane uzupełniające**

1. **Udział dziecka w wychowaniu przedszkolnym**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Czy dziecko korzystało z opieki przedszkolnej?
 | TAK NIE*(proszę podkreślić właściwą odpowiedź)* |
| 1. Jeśli tak, proszę o wpisanie nazwy przedszkola
 |  |

W przypadku dziecka sześcioletniego proszę dostarczyć zaświadczenie wydane przez przedszkole, do którego dziecko uczęszczało o odbyciu rocznego przygotowania przedszkolnego.

1. **Opieka świetlicowa**

Świetlica szkolna czynna jest w godzinach od **6.30** do **16.30**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Czy dziecko będzie korzystało z opieki

świetlicy szkolnej | TAK NIE*(proszę podkreślić właściwą odpowiedź)* |
| 1. Jeżeli **tak**, proszę o wpisanie godzin

opieki świetlicowej | od …………. do …………… |
| 1. Sposób opuszczania przez dziecko

świetlicy | 1. Wychodzi samo o wskazanej wychowawcy świetlicowemu godzinie
2. Jest odbierane przez rodzica lub osobę upoważnioną

 *(proszę podkreślić właściwą odpowiedź)* |
| 1. Osoby uprawnione do odebrania

dziecka ze szkoły (Jeżeli w punkcie 3 wybrali Państwo odpowiedz „b”) | Nazwisko i imię | Stopień pokrewieństwa |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 1. Korzystanie z obiadów odpłatnych w

szkole | TAK NIE*(proszę podkreślić właściwą odpowiedź)* |

1. **Czy dziecko:**
* było badane w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej?

TAK NIE

 *(proszę podkreślić właściwą odpowiedź)*

* przyjmuje leki z uwagi na chorobę przewlekłą?

TAK NIE

 *(proszę podkreślić właściwą odpowiedź)*

* jest pod opieką poradni specjalistycznej?

TAK NIE

 *(proszę podkreślić właściwą odpowiedź)*

* posiada orzeczenie o niepełnosprawności?

TAK NIE

 *(proszę podkreślić właściwą odpowiedź)*

Poniższe pytanie **NIE DOTYCZY** dzieci spoza obwodu Szkoły Podstawowej nr 2

1. **Czy dziecko będzie korzystało z dowozów autobusowych organizowanych przez Urząd Miejski w Żninie (zgodnie z Ustawą o Systemie Oświaty art.17 ust.3)?**

TAK NIE

*(proszę podkreślić właściwą odpowiedź)*

1. **Zobowiązanie rodziców / prawnych opiekunów**

**Zobowiązuję się do:**

1. Podawania do wiadomości szkoły wszelkich zmian w podanych powyżej informacjach bez względnej zwłoki.
2. Współpracy ze szkołą, w tym głównie poprzez:

- uczestniczenie w zebraniach i konsultacjach organizowanych dla rodziców,

- informowanie o możliwej nieobecności dziecka w szkole w ciągu dwóch dni,

- w przypadku pozostawienia dziecka w świetlicy, terminowego odbierania go z niej,

- zapewnienia dziecku właściwych warunków do pracy w domu i kontrolowania pracy dziecka,

- zapoznania się ze Statutem Szkoły, Programem Profilaktycznym oraz Programem Wychowawczym.

**Pouczenie:**

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 kodeksu karnego oświadczam, że podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Przyjmuję do wiadomości, że dyrektor szkoły może zażyczyć sobie przedstawienia dokumentów potwierdzających w/w dane.

**Oświadczenia składających kwestionariusz**

Niniejszym oświadczam(y), że wyrażam(y) zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka - ucznia wymienionego w kwestionariuszu, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań i celów szkoły związanych z wypełnianiem obowiązku szkolnego.

Data wypełnienia zgłoszenia ………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis matki / prawnej opiekunki podpis ojca / prawnego opiekuna