|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA DO**  **Publicznego Przedszkola**  **w Strzale**  **rok szkolny 20… / 20…** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane dziecka** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | Imię/imiona |  | | | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia |  | | PESEL |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Miejsce urodzenia |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres zameldowania |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane rodziców/opiekunów prawnych\*** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane** | | **Matki/opiekunki\*** | | | | | **Ojca/opiekuna\*** | | | | | | | | | |
| Imię/imiona | |  | | | | |  | | | | | | | | | |
| Nazwisko/nazwiska | |  | | | | |  | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania | |  | | | | |  | | | | | | | | | |
| Telefon | |  | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Informacje dodatkowe** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dwoje rodziców kandydata pozostaje w zatrudnieniu lub prowadzi gospodarstwo rolne lub prowadzi działalność gospodarczą lub pobiera naukę w systemie dziennym | | | TAK\* | | | | | | NIE\* | | | | | | | |
| Jeden z rodziców kandydata pozostaje w zatrudnieniu lub prowadzi gospodarstwo rolne lub prowadzi działalność gospodarczą lub pobiera naukę w systemie dziennym | | | TAK\* | | | | | | NIE\* | | | | | | | |
| Przynajmniej jeden z rodziców jest zarejestrowany w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna | | | TAK\* | | | | | | NIE\* | | | | | | | |
| Korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej w okresie ostatnich 12 miesięcy | | | TAK\* | | | | | | NIE\* | | | | | | | |
| Uczęszczanie rodzeństwa do tego samego zespołu oświatowego | | | TAK\* | | | | | | NIE\* | | | | | | | |
| Dziecko z orzeczeniem lub opinią PPP | | | TAK\* | | | | | | NIE\* | | | | | | | |
| Niepełnosprawność kandydata | | | TAK\* | | | | | | NIE\* | | | | | | | |
| Samotne wychowywanie dziecka | | | TAK\* | | | | | | NIE\* | | | | | | | |
| Objęcie kandydata pieczą zastępczą | | | TAK\* | | | | | | NIE\* | | | | | | | |
| Wielodzietność | | | TAK\* | | | | | | NIE\* | | | | | | | |
| Niepełnosprawność jednego z rodziców | | | TAK\* | | | | | | NIE\* | | | | | | | |
| Niepełnosprawność obojga rodziców | | | TAK\* | | | | | | NIE\* | | | | | | | |
| Niepełnosprawność rodzeństwa | | | TAK\* | | | | | | NIE\* | | | | | | | |
| Zobowiązuje się do niezwłocznego informowania przedszkola na piśmie o zmianach danych osobowych, danych adresowych. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uprzedzony o odpowiedzialności karnej, oświadczam, że dane przedstawione w niniejszym dokumencie są prawdziwe.  Chodów, dnia ............................  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Czytelny podpis matki / opiekunki Czytelny podpis ojca / opiekuna | | | | | | | | | | | | | | | | |

\*Niepotrzebne skreślić