|  |
| --- |
| **WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA DO****Oddziału Przedszkolnego („zerówki”)****w Szkole Podstawowej im. Ireny Kosmowskiej 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** |
| Deklaruję uczestnictwo dziecka w zajęciach z religii/etyki\* | TAK\* | NIE\* |
| 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