

.....
(miejscowość, data)

**WNIOSEK – ZGŁOSZENIE O PRZYJĘCIE DZIECKA DO ODDZIAŁU
PRZEDSZKOLNEGO PRZY SZKOLE PODSTAWOWEJ W DĄBROSZYNIE NA ROK
SZKOLNY 2026/2027**

1. Dane identyfikacyjne dziecka.

Nazwisko:	Imię / imiona:	Data i miejsce urodzenia																		
Nr PESEL lub seria i nr paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (tylko w przypadku braku numeru PESEL):		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		

2. Adres zamieszkania dziecka.

ul.	nr domu / mieszkania:	gmina:
kod pocztowy:	miejscowość:	

3. Dane rodziców (opiekunów prawnych).

Matka		Ojciec	
Imię:		Imię:	
Nazwisko:		Nazwisko:	
Adres zamieszkania:		Adres zamieszkania:	
Telefony kontaktowe:		Telefony kontaktowe:	
Adres poczty elektronicznej:		Adres poczty elektronicznej:	

4. Czy wniosek o przyjęcie na rok 2024/2025 był składany także w innym przedszkolu: TAK / NIE

Jeśli tak, to w jakim:

Proszę podać adres placówki

.....
podpis matki (opiekuna prawnego)

.....
podpis ojca (opiekuna prawnego)

**KWESTIONARIUSZ DLA RODZICÓW DZIECKA DO ZERÓWKI
ROKU SZKOLNYM 2026/2027**

W

.....

(imię i nazwisko dziecka)

1. Czy Państwa dziecko ma rodzeństwo? NIE/TAK

Jeśli tak, proszę podać wiek rodzeństwa.

2. Czy Państwa dziecko uczęszczało wcześniej do:

~ przedszkola? TAK / NIE

~ zerówki? TAK/ NIE

3. Jak adaptowało się do warunków przedszkolnych/szkolnych?

bardzo dobrze/ dobrze/ z trudem, ale dość szybko / z trudem i długo

4. Czy u dziecka występują:

- wada wymowy TAK/NIE

- wada wzroku TAK/NIE

- wada słuchu TAK/NIE

- leworęczność TAK/NIE

- alergia NIE

TAK (jaka?)_____

5. Czy jest na specjalnej diecie? NIE/TAK

6. Czy dziecko ma opinię lub orzeczenie Poradni Psychologiczno Pedagogicznej –TAK / NIE

7. Czy u dziecka występuje:

~ moczenie nocne - NIE/TAK

~ moczenie dzienne: NIE/TAK

8. Czy jest leczone z powodu chorób przewlekłych? NIE

TAK _____

9. Czy Państwa dziecko było lub jest pod opieką:

~ psychologa NIE/TAK

~ logopedy NIE/TAK

~ terapeuty integracji sensorycznej NIE/TAK

~ psychoterapeuty NIE/TAK

~ psychiatry NIE/TAK

~ _____

10. Jakie są mocne strony, uzdolnienia, zainteresowania Państwa dziecka?

TAK - jakie? _____

☐ spokojny/-a, zrównoważony/-a	☐ drażliwy/-a
☐ ruchliwy/-a	☐ impulsywny/-na
☐ towarzyski/-a, otwarty/-a	☐ wrażliwy/-a
☐ zamknięty/-a, samotnik	☐ powściągliwy/-a
☐ ostrożny/-a	☐ łagodny/-na
☐ lękowy/-a	☐ pesymistyczny/-na
☐ typ przywódcy	☐ typ uległy
☐ optymistyczny/-a	☐ pesymistyczny/-na
☐ nieśmiały/-ła	☐ samodzielny/-na
☐ uporządkowany/-na	☐ nieuporządkowany/-a
☐ powolny/-na w działaniu	☐ szybki /-a w działaniu
☐ energiczny/-na w działaniu	☐ empatyczny/-na w działaniu
☐ wytrwały/-ła	☐ niecierpliwy/-a

[illegible]

Czytelny podpis Rodzica /Opiekuna prawnego

**INFORMACJE DODATKOWE DOTYCZĄCE DZIECKA ODDZIAŁU
PRZEDSZKOLNEGO - „0”**

Nazwisko i imię dziecka

Dziecko będzie korzystać z: (wstaw znak X)	Świetlica	Śniadania
Rodzice są zobowiązani do odbierania dziecka ze Szkoły osobiście lub mogą upoważnić do tego inną osobę pełnoletnią. Rodzice ponoszą odpowiedzialność karną za brak opieki nad dzieckiem w drodze do Szkoły i ze Szkoły do domu w miejscu zamieszkania w Dąbroszynie, a rodzice dzieci dowożonych spoza Dąbroszyna o doprowadzenie i odbioru z przystanku dziecka w miejscu zamieszkania.		
Rodzice upoważniają Szkołę do podejmowania decyzji w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia dziecka: (wstaw znak X)	TAK	NIE
Rodzice wyrażają zgodę na kontrolę czystości głowy dziecka: (wstaw znak X)	TAK	NIE
Rodzice zobowiązują się do podania do wiadomości szkoły zmian zaistniałych w wyżej podanych informacjach, zapoznania się ze Statutem Szkoły i stosowania się do zawartych w nim postanowień. (podpis rodziców/ prawnych opiekunów)		
Zgoda na przetwarzanie danych w tym wizerunku ucznia *Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na przetwarzanie danych osobowych, w tym wizerunku mojego dziecka na stronie internetowej administrowanej przez szkołę, stronie internetowej UMiG w Witnicy, innych stronach internetowych instytucji , organizacji działających na rzecz oświaty, w materiałach promocyjnych, prasie, kronice szkolnej w celach promocji szkoły i utrwalenia pozytywnego wizerunku szkoły oraz innych działań oświatowych, kulturalnych, sportowych i edukacyjnych. *niepotrzebne skreślić (podpis rodziców / prawnych opiekunów)		
Oświadczenie: Oświadczam, że wyrażam/ nie wyrażam* zgodę na przekazywanie danych osobowych mojego dziecka higienistce szkolnej wykonującej świadczenia zdrowotne w Szkole Podstawowej w Dąbroszynie celem sprawowania przez nią opieki zdrowotnej nad moim dzieckiem przez okres nauki. * niepotrzebne skreślić (podpis rodziców/ prawnych opiekunów)		
Wnoszę o udział mojego dziecka w lekcjach: religii rzymsko katolickiej/innej(jakiej?).....etyki* *podkreślić, uzupełnić właściwe (podpis rodziców/ prawnych opiekunów)		
<i>Administratorem danych osobowych jest Szkoła Podstawowa w Dąbroszynie, dane kontaktowe e-mail spdabroszyn@wp.pl Dane przetwarzane są na podstawie ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z 27 kwietnia 2016 roku, w celu promocji działalności szkoły. Dane będą przechowywane w czasie niezbędnym do realizacji celu. Administrator nie udostępnia danych podmiotom trzecim. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, prawo dostępu do swoich danych, ich poprawiania, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przeniesienia oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanego celu.</i> Dąbroszyn, dnia Podpis rodziców/ prawnych opiekunów		