WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA (KANDYDATA) DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO PRZY SZKOLE PODSTAWOWEJ IM. LEŚNIKÓW POLSKICH W GALINACH

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE DZIECKA** | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IMIĘ | | |  | | | | | | | | | | |
| NAZWISKO | | |  | | | | | | | | | | |
| DATA URODZENIA | | |  | | | | | | | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **WYBRANY ODDZIAŁ PRZEDSZKOLNY** | | | | | | | | | | | | | |
| L.P. |  | | | | | | | | | | | | |
| 1.PIERWSZEGO WYBORU |  | | | | | | | | | | | | |
| 2.DRUGIEGO WYBORU |  | | | | | | | | | | | | |
| 3. TRZECIEGO WYBORU |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE OSOBOWE MATKI/ OPIEKUNKI PRAWNEJ** | |
| IMIĘ |  |
| NAZWISKO |  |
| **ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** | |
|  | |
|  | |
| NUMER TELEFONU\* |  |
| ADRES E-MAIL\* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE OSOBOWE OJCA/ OPIEKUNA PRAWNEGO** | |
| IMIĘ |  |
| NAZWISKO |  |
| **ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** | |
|  | |
|  | |
| NUMER TELEFONU\* |  |
| ADRES E-MAIL\* |  |

\*jeżeli je posiada

**KRYTERIA PRZYJĘCIA DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria określone w ustawie Prawo oświatowe** | **Tak** | **Nie** | **Dołącz w przypadku posiadania** |
| Wielodzietność rodziny ( troje lub więcej dzieci) |  |  | Oświadczenie |
| Niepełnosprawność dziecka |  |  | Orzeczenie o niepełnosprawności |
| Niepełnosprawność jednego z rodziców kandydata |  |  | Orzeczenie o niepełnosprawności |
| Niepełnosprawność obojga rodziców kandydata |  |  | Orzeczenie o niepełnosprawności |
| Niepełnosprawność rodzeństwa kandydata |  |  | Orzeczenie o niepełnosprawności |
| Samotne wychowywanie kandydata w rodzinie |  |  | Dokumenty potwierdzające: (prawomocny wyrok sądu rodzinnego orzekający rozwód lub separację lub akt zgonu prawnego opiekuna dziecka) |
| Objęcie kandydata pieczą zastępczą (rodzina zastępcza, rodzinny dom dziecka, dom dziecka) |  |  | Dokument poświadczający objęcie dziecka pieczą zastępczą. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria ustalone przez organ prowadzący** | | **Tak** | **Nie** | | **Dołącz w przypadku posiadania** |
| Oboje rodziców pracują zawodowo w wymiarze pełnego etatu, prowadzą działalność gospodarczą, prowadzą gospodarstwo rolne lub pozarolniczą działalność gospodarczą bądź studiują/uczą się w systemie dziennym | |  |  | | Oświadczenie |
| Jeden z rodziców pracuje zawodowo w wymiarze pełnego etatu, prowadzą działalność gospodarczą, prowadzą gospodarstwo rolne lub pozarolniczą działalność gospodarczą bądź studiują/ uczą się w systemie dziennym | |  |  | | Oświadczenie |
| **Deklarowany dzienny czas pobytu dziecka w oddziale przedszkolnym wynosi:** | | | | | |
| 1. do 5 godz. ( godziny bezpłatne) |  | | |  |  |
| 1. ponad 5 godz. ( godziny płatne) |  | | |  | od godz……. do godz……. |
| Uczęszczanie rodzeństwa, które zamieszkuje wspólnie z kandydatem na terenie Gminy Bartoszyce, do tego samego oddziału przedszkolnego |  | | |  | Kopia deklaracji o kontynuowaniu wychowania przedszkolnego w tym oddziale przedszkolnym |

**Ważne: w przypadku jednakowej liczby kandydatów ubiegających się o przyjęcie do oddziału przedszkolnego o przyjęciu decyduje wcześniejsza data złożenia wniosku.**

**OŚWIADCZENIA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

**Oświadczam, że:**

1. podane we wniosku oraz załącznikach do wniosku dane są zgodne   
   z aktualnym stanem faktycznym.
2. dołączając dokumenty takie jak potrzeba szczególnej opieki, stosowana dieta, zalecenia lekarskie, itp. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych o stanie zdrowia mojego dziecka w celu zapewnienia odpowiedniej opieki oraz profilaktyki zdrowotnej mojemu dziecku.
3. poinformowano mnie, że Administratorem danych osobowych jest Szkoła Podstawowa im. Leśników Polskich w Galinach, Galiny 69, 11-214 Galiny, tel.: 89 761 22 24, e-mail: sp-galiny@gmina-bartoszyce.pl. Dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji, a w przypadku przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego w celu prowadzenia dokumentacji związanej z edukacją dziecka. Więcej informacji dotyczących przetwarzania danych osobowych jest dostępne w załączniku nr 3 do Regulaminu rekrutacji do przedszkola/oddziału przedszkolnego.

…………………………………………………

Podpis rodzica/opiekuna prawnego