

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DZIECKA

NA ROK SZKOLNY/.....

Informacje o dziecku

Poniższe dane są niezbędne do prawidłowego wprowadzenia danych i funkcjonowania e-dziennika.

Imię									Zdjęcie dziecka
Drugie imię									
Nazwisko									
Data urodzenia									
Miejsce urodzenia									
PESEL									
Adres zamieszkania									
Adres zameldowania									
Adres szkoły, do której uczęszcza dziecko									
Publiczna szkoła rejonowa									
Zgłoszenie do klasy	1	2	3	4	5	6	7	8	
Szczególne uzdolnienia i osiągnięcia dziecka									
Czy dziecko posiada orzeczenie z poradni psychologiczno - pedagogicznej? Jeżeli tak, to proszę podać w jakim zakresie.									
Czy do tej pory dziecko uczestniczyło w zajęciach wyrównawczych? Jeżeli tak, to proszę podać w jakich.									

Czy stwierdzono u dziecka kłopoty z nauką? Jeżeli tak, to proszę podać jakie?	
Czy dziecko powtarzało klasę? Jeśli tak, to którą?	
Proszę o sprecyzowanie, czy dziecko będzie uczęszczać na religię/etykę	
Proszę o dokonanie wyboru języka hiszpańskiego/niemieckiego jako języka dodatkowego	

Informacje dotyczące rodziców/opiekunów prawnych

Rodzice/Opiekunowie	1	2
Imię		
Nazwisko		
PESEL		
Stopień pokrewieństwa z dzieckiem		
Adres zamieszkania		
Telefon kontaktowy		
Adres e-mail		
Zawód		
Miejsce pracy		
Telefon do miejsca pracy		

Dane dotyczące osób upoważnionych do odbioru dziecka ze szkoły (osoby inne niż rodzice lub opiekunowie prawni)

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Nr dowodu osobistego

Wszystkie dane podane przeze mnie są zgodne z prawdą oraz jestem odpowiedzialny za pomyłki popełnione podczas wypełniania formularza. Ponadto zobowiązuję się bezzwłocznie informować szkołę o wszelkich zmianach w powyższych informacjach.

Podpis.....

Piaseczno, dnia.....



Informacja medyczna rodziców/opiekunów o dziecku
(informacje objęte tajemnicą medyczną, do użytku w gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkole)

Imię		Zdjęcie dziecka
Nazwisko		
Data urodzenia		
Miejsce urodzenia		
PESEL		
Adres zamieszkania		
Numer telefonu w razie wypadku		
Adres przychodni		
Telefon do przychodni		

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego dziecko	
Czy dziecko jest leczone w poradni specjalistycznej? Jeżeli tak, to w jakiej?	
Wyrażam zgodę na fluoryzację zębów w klasach 1 - 6	TAK/NIE
Wyrażam zgodę na badania przesiewowe i profilaktyczne przewidziane dla dzieci i młodzieży szkolnej	TAK/NIE
Czy dziecko jest uczulone na leki? Jeśli tak, to jakie?	
Czy dziecko ma alergię? Jeśli tak, to jakie?	
Czy dziecko przyjmuje jakieś leki na stałe? Jeżeli tak, to jakie?	
Dodatkowe informacje o dziecku	

Niniejszym przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie danych osobowych zawartych w karcie, na str internetowej szkoły, w systemach informatycznych szkoły oraz dla organów uprawnionych do nadzoru nad jednostkami oświatowymi. Przetwarzanie danych odbywać się będzie zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. 2018 poz. 1000 USTAWA z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych)

Podpis.....

Piaseczno, dnia.....