**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 tajemnica 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 alergie? 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....................................