**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA   
DO PRZEDSZKOLA SAMORZĄDOWEGO im. PSZCZÓŁKI MAI**

**prowadzonego przez Gminę Pszczew**

**na rok szkolny** **2024/2025**

Wypełniony wniosek należy złożyć w terminie do 29.03.2024 r. do godz. 15:00 w przedszkolu.

na ….. godzin dziennie (od …..do..…) i ..… posiłki dziennie.

|  |
| --- |
| *Data złożenia wniosku:* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE DZIECKA** | | | | | | | | | | | |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Imię\* |  | | | |  | | | | | | |
| Nazwisko\* |  | | | | Data urodzenia\* | | |  | | | |
| Miejsce urodzenia |  | | | | | | | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA** | | | | | | | | | | | |
| Województwo\* |  | | | | Powiat\* | | |  | | | |
| Gmina\* |  | | | | Miejscowość\* | | |  | | | |
| Ulica |  | | | | Kod pocztowy\* | | |  | | | |
| Nr domu/ nr mieszkania |  | | | |  | | |  | | | |
| **DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU** | | | | | | | | | | | |
| Dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego (należy zakreślić odpowiedź) | | | | | | | | TAK | | NIE | |
| Nr orzeczenia | |  | | | | | | | | | |
| Poradnia, która podała orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego | |  | | | | | | | | | |
| Typ orzeczenia (rodzaj niepełnosprawności) | |  | | | | | | | | | |
| Dodatkowe informacje o dziecku – uwagi dotyczące stanu zdrowia np. alergie, choroby itp. | |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ – właściwe podkreśl** | | | | | | | |
| Imię\* | |  | Drugie imię\* | | | |  |
| Nazwisko\* | |  | | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** | | | | | | | |
| Województwo\* | |  | | Powiat\* | | |  |
| Gmina\* | |  | | Miejscowość\* | | |  |
| Ulica | |  | | Kod pocztowy\* | | |  |
| Nr domu/ nr mieszkania | |  | |  | | |  |
| **DANE KONTAKTOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** | | | | | | | |
| Telefon dom/komórka\* |  | | | | adres e-mail |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO – właściwe podkreśl** | | | | | | | | | | |
| Imię\* | |  | Drugie imię\* | | | | |  | | |
| Nazwisko\* | |  | | | | | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** | | | | | | | | | | |
| Województwo\* | |  | | Powiat\* | | | |  | | |
| Gmina\* | |  | | Miejscowość\* | | | |  | | |
| Ulica | |  | | Kod pocztowy\* | | | |  | | |
| Nr domu/ nr mieszkania | |  | |  | | | |  | | |
| **DANE KONTAKTOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** | | | | | | | | | | |
| Telefon dom/komórka\* |  | | | | adres e-mail | |  | | | |
| **DODATKOWE INFORMACJE O RODZINIE** | | | | | | | | | | |
| Czy którykolwiek z członków rodziny posiada orzeczenie o niepełnosprawności? (należy zakreślić odpowiedź) | | | | | | TAK | | | | NIE |
| Jeśli TAK, to KTO? | | | | | |  | | | | |
| Czy dziecko wychowywane jest w rodzinie zastępczej? (należy zakreślić odpowiedź) | | | | | | TAK | | | NIE | |

*\*oznaczone pola wymagane*

**ZOBOWIĄZUJĘ (ZOBOWIĄZUJEMY) SIĘ DO:**

● przestrzegania postanowień statutu przedszkola;

● bezzwłocznego przekazania zmian w podanych wyżej informacjach;

● regularnego uiszczania opłat za przedszkole w terminie do 13 dnia każdego miesiąca;

● przyprowadzania i odbierania dziecka z przedszkola osobiście lub przez inną, upoważnioną

pisemnie, osobę dorosłą;

● przyprowadzania do przedszkola **TYLKO ZDROWEGO** dziecka;

● uczestniczenia w zebraniach rodziców i współpracy z personelem pedagogicznym

przedszkola;

**WYRAŻAM ZGODĘ NA:**

● podawanie mojemu dziecku pokarmów mlecznych: TAK, NIE

●kontrolę czystości głowy mojego dziecka w przypadku pojawienia się symptomów wszawicy w placówce:

TAK, NIE.

**INFORMACJE DOT. DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA I JEGO**

**RODZINY;**

Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystanie przez dyrektora przedszkola – w celach związanych z przyjęciem, pobytem naszego dziecka w przedszkolu oraz w celu szybkiego kontaktu w nagłych okolicznościach – danych osobowych naszych i dziecka oraz osób upoważnionych do odbierania dziecka, zgodnie z *Ustawą z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych(tekst jedn.: Dz. U. 2002 nr 101, poz. 926 ze zm.).*

………………………………………

*miejscowość i data*

…………………………………………… ……………………………………………

*podpis matki podpis ojca*

**Do wniosku dołączono:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kolejny numer załącznika | Rodzaj załącznika | Forma załącznika[[1]](#footnote-1) | Uwagi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Do wniosku dołączono łącznie ......... załączników**

**VII. Decyzja komisji kwalifikacyjnej**

Komisja kwalifikacyjna na posiedzeniu w dniu ……………… zakwalifikowała dziecko/nie zakwalifikowała dziecka do Przedszkola w Pszczewie na … godzin pobytu i … posiłki, od dnia …………………… (łączna ilość punktów) …………….

……………………………………….. …………………………………………..

*podpis przewodniczącego komisji podpisy członków komisji*

1. **Formy załączników: oryginał, notarialnie poświadczona kopia, urzędowo poświadczona kopia, kopia poświadczona   
   za zgodność z oryginałem przez rodzica/ opiekuna, oświadczenie** [↑](#footnote-ref-1)