

**Deklaracja kontynuowania wychowania przedszkolnego
w Samorządowym Przedszkolu w Lipsku ul. Miejska 4, 16-315 Lipsk
w roku szkolnym 2016/2017**

Dane dziecka:

| | | | |
|-------------------|----------------------|-------------|----------------------|
| PESEL | <input type="text"/> | | |
| Imię | <input type="text"/> | Drugie imię | <input type="text"/> |
| Nazwisko | <input type="text"/> | | |
| Data urodzenia | <input type="text"/> | | |
| Miejsce urodzenia | <input type="text"/> | | |

Adres zamieszkania dziecka

| | | | | | |
|-------------|----------------------|---------|----------------------|------------|----------------------|
| Ulica | <input type="text"/> | Nr domu | <input type="text"/> | Nr mieszk. | <input type="text"/> |
| Miejscowość | <input type="text"/> | Kod | <input type="text"/> | | |
| Poczta | <input type="text"/> | Gmina | <input type="text"/> | | |

Adres zameldowania dziecka (jeśli inny niż adres zamieszkania)

| | | | |
|-------------|----------------------|---------|----------------------|
| Ulica | <input type="text"/> | Nr domu | <input type="text"/> |
| Miejscowość | <input type="text"/> | Kod | <input type="text"/> |
| Poczta | <input type="text"/> | Gmina | <input type="text"/> |

Adres przedszkola obwodowego (zgodny z zameldowaniem dziecka)

| | | | | | |
|-------------|----------------------|---------|----------------------|--|--|
| Nazwa | <input type="text"/> | | | | |
| Ulica | <input type="text"/> | Nr domu | <input type="text"/> | | |
| Miejscowość | <input type="text"/> | Kod | <input type="text"/> | | |
| Poczta | <input type="text"/> | Gmina | <input type="text"/> | | |

Informacje o dziecku:

choroby, uczulenia, dodatkowe informacje :

Pobyt całodzienny (śniadanie+obiad+światlica)

Pobyt 5-godzinny (śniadanie)

Pobyt 5-godzinny (śniadanie + obiad)

Dane rodziców/prawnych opiekunów

Dane matki/prawnej opiekunki dziecka

| | |
|--------------------|----------------------|
| Imię | <input type="text"/> |
| Nazwisko | <input type="text"/> |
| Telefon kontaktowy | <input type="text"/> |
| e-mail | <input type="text"/> |

Adres (jeśli inny niż adres zamieszkania dziecka)

| | | | |
|-------------|----------------------|---------|----------------------|
| Ulica | <input type="text"/> | Nr domu | <input type="text"/> |
| Miejscowość | <input type="text"/> | Kod | <input type="text"/> |
| Poczta | <input type="text"/> | Gmina | <input type="text"/> |

Dane ojca/prawnego opiekuna dziecka

| | |
|--------------------|----------------------|
| Imię | <input type="text"/> |
| Nazwisko | <input type="text"/> |
| Telefon kontaktowy | <input type="text"/> |
| email | <input type="text"/> |

Adres (jeśli inny niż adres zamieszkania dziecka)

| | | | |
|-------------|----------------------|---------|----------------------|
| Ulica | <input type="text"/> | Nr domu | <input type="text"/> |
| Miejscowość | <input type="text"/> | Kod | <input type="text"/> |
| Poczta | <input type="text"/> | Gmina | <input type="text"/> |

Pozostałe kryteria według ustawy:

(proszę zaznaczyć właściwe- wstawić X)

| | |
|----------------------------------------------|--------------------------|
| liczba dzieci rodzinie: 3 i więcej | <input type="checkbox"/> |
| niepełnosprawność dziecka | <input type="checkbox"/> |
| niepełnosprawność jednego z rodziców dziecka | <input type="checkbox"/> |
| niepełnosprawność obojga rodziców dziecka | <input type="checkbox"/> |
| niepełnosprawność rodzeństwa dziecka | <input type="checkbox"/> |
| samotne wychowywanie dziecka w rodzinie | <input type="checkbox"/> |
| objęcie dziecka pieczęcią zastępczą | <input type="checkbox"/> |

Jeżeli zaznaczono jakiegokolwiek kryterium, proszę o dołączenie stosownych oświadczeń.

Wyrażamy/nie wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz wizerunku mojego dziecka do celów rekrutacji i edukacji, zgodnie z ustawą z 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz.833).

Podpisy rodziców/opiekunów

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

Data przyjęcia zgłoszenia

(wypełnia placówka)