

Wniosek o przyjęcie dziecka do

Samorządowego Przedszkola w Lipsku ul. Miejska 4, 16-315 Lipsk

na rok szkolny 2019/2020

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"/>	<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

Adres (jeśli inny niż adres zamieszkania dziecka)

Ulica

Nr domu

Miejscowość

Kod

Poczta

Gmina

Dane ojca/prawnego opiekuna dziecka

Imię

Nazwisko

Telefon kontaktowy

email

Adres (jeśli inny niż adres zamieszkania dziecka)

Ulica

Nr domu

Miejscowość

Kod

Poczta

Gmina

Pozostałe kryteria według ustawy:

(proszę zaznaczyć właściwe- wstawić X)

liczba dzieci rodzinie: 3 i więcej

niepełnosprawność dziecka

niepełnosprawność jednego z rodziców dziecka

niepełnosprawność obojga rodziców dziecka

niepełnosprawność rodzeństwa dziecka

samotne wychowywanie dziecka w rodzinie

objęcie dziecka pieczęcią zastępczą

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Jeżeli zaznaczono jakiegokolwiek kryterium, proszę o dołączenie stosownych oświadczeń.

* Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na udział mojego dziecka w zajęciach nauki religii.

Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

Podpisy rodziców/opiekunów

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

Data przyjęcia zgłoszenia

(wypełnia placówka)