

Wałcz, dnia

**Do Dyrektora
Zespołu Szkół Miejskich nr 1
w Wałczu**

Proszę o przyjęcie mojego dziecka do I klasy Szkoły Podstawowej na rok szkolny 2017/2018:

DANE DZIECKA

Imię drugie imię

Nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia

Adres zameldowania (stały, czasowy)

.....

Adres zamieszkania (stały, czasowy)

.....

PESEL _ _ _ _ _

DANE RODZICÓW

Imię i nazwisko matki (opiekuna prawnego), adres zamieszkania, telefon:

.....

.....

Imię i nazwisko ojca (opiekuna prawnego), adres zamieszkania, telefon:

.....

.....

Czy dziecko znajduje się pod opieką poradni specjalistycznej- jakiej?

.....

Czy dziecko posiada opinię lub orzeczenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej –

jeśli tak to proszę o dostarczenie kopii

.....

Nazwa przedszkola, oddziału przedszkolnego do którego dziecko uczęszczało

.....

Czy dziecko jest chore na choroby przewlekłe?

.....

Czy w przedszkolu zdiagnozowano problemy dydaktyczno-wychowawcze?

.....

.....

Czy dziecko będzie uczęszczało do świetlicy szkolnej TAK/NIE

OŚWIADCZENIE WOLI

1. Wyrażam /nie wyrażam* zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka zgodnie z zadaniami statutowymi szkoły.
2. Wyrażam /nie wyrażam* zgodę na publikowanie danych osobowych (imię, nazwisko, klasa, rok urodzenia) oraz wizerunku mojego dziecka w publikacjach szkolnych (strona internetowa szkoły, gazetki) oraz w prasie, radiu, telewizji w związku z osiąganymi sukcesami szkolnymi.
3. Wyrażam / nie wyrażam * zgodę na uczestnictwo mego dziecka w bezpłatnych programach realizowanych w szkole:
„Szklanka mleka” / dotyczy klas 0 – VI /
„ Owoce w szkole” / dotyczy tylko klas I – III /
4. Wyrażam/nie wyrażam* zgody na fluoryzację.

.....
czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych

Dzieci spoza obwodu szkoły zostaną przyjęte w miarę wolnych miejsc.