**Karta zapisu dziecka do klasy pierwszej na rok szkolny 2024/2025**

Proszę o przyjęcie mojego dziecka do klasy pierwszej Społecznej Szkoły Podstawowej w Zespole Szkół Społecznych im. A. Mickiewicza w Jaśle.

**INFORMACJE O DZIECKU** (*należy wypełnić czytelnie pismem drukowanym)*

1. Nazwisko ……………………………………………………………………………….
2. Pierwsze imię ……………………………. Drugie imię………………………………..
3. PESEL ………………………………….. Data urodzenia……………………………
4. Miejsce urodzenia …………………………… woj…………………………………….
5. Adres zamieszkania

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miejscowość | Ulica, nr domu, nr mieszkania | Kod pocztowy |
| Województwo | Powiat | Gmina |

1. Adres zameldowania (*jeśli jest inny niż adres zamieszkania)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miejscowość | Ulica, nr domu, nr mieszkania | Kod pocztowy |
| Województwo | Powiat | Gmina |

**INFORMACJE O RODZICACH/ PRAWNYCH OPIEKUNACH**

1. Dane dotyczące matki/prawnego opiekuna

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię | Nazwisko | Miejscowość, kod pocztowy |
| Ulica, nr domu, nr mieszkania | Telefon komórkowy | E-mail |

1. Dane dotyczące ojca/prawnego opiekuna

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię | Nazwisko | Miejscowość, kod pocztowy |
| Ulica, nr domu, nr mieszkania | Telefon komórkowy | E-mail |

**INNE INFORMACJE:**

MIEJSCE UKOŃCZENIA KLASY „0”

…………………………………………………………………………………………………

 nazwa przedszkola , miejscowość, województwo

**DO PODANIA PROSZĘ DOŁĄCZYĆ:**

* Kartę opisową dziecka
* Informację medyczną

**OŚWIADCZENIE:**

Niniejszym oświadczam, że:

1. Podane w karcie informacje są zgodne ze stanem faktycznym;
2. Akceptuję Statut Szkoły oraz zobowiązuję się do postępowania zgodnego z jego ustaleniami;

Wyrażam zgodę na przetwarzanie zawartych w niniejszym wniosku danych osobowych przez szkołę oraz udostępnianie ich organom uprawnionym do nadzoru nad jednostkami oświatowymi zgodnie z art. 23 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późniejszymi zmianami).

……………………………………………. ………………………………………..

czytelny podpis matki czytelny podpis ojca

 /prawnego opiekuna/ /prawnego opiekuna/’

Data …………………….

Informacja medyczna rodziców/opiekunów o dziecku:

**(informacje objęte tajemnicą medyczną, do użytku w gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkole)**

Imię i nazwisko ucznia…………………………………………………………………………

Klasa…………………………………

PESEL ucznia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Adres zamieszkania ………………………………………………………………......................

…………………………………………………………………………………………………...

Adres zameldowania ……………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

Adres przychodni………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego dziecko:

…………………………………………………………………………………………………..

Czy dziecko jest leczone w poradni specjalistycznej? tak/nie

Jakiej?...........................................................................................................................................

Wyrażam zgodę na fluoryzację zębów w klasach I-IV : tak/nie

Wyrażam zgodę na udzielenie I pomocy (w razie potrzeby): tak/nie

Wyrażam zgodę na podanie (w razie potrzeby ) leku: tak/nie

Czy dziecko jest uczulone na leki: tak/nie

Jakie?.............................................................................................................................................

Czy dziecko przyjmuje stale jakieś leki: tak/nie

Jakie?.............................................................................................................................................

Wyrażam zgodę na badania przesiewowe i profilaktyczne (przewidziane dla dzieci i młodzieży szkolnej) tak/nie

Dodatkowe informacje………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data………………………….. Podpis………………………………….