**SZKOŁA PODSTAWOWA**

**IM. JANA PAWŁA II W MOGIELNICY**

**MOGIELNICA 167**

**36-040 BOGUCHWAŁA**

**e - mail** **sp.mogielnica@boguchwala.pl**

**www.spmogielnica.pl**

**tel. (17) 87-15-360**

# **NIP 813-10-99-977 REGON 001131885**

**WNIOSEK (ZGŁOSZENIE)**

**DZIECKA DO KLASY PIERWSZEJ**

 **W ROKU SZKOLNYM 2018/2019**

**1. DANE OSOBOWE DZIECKA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię** | **Drugie imię** | **Nazwisko** |
|  |  |  |

**2. PESEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**3. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) MIEJSCE URODZENIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  |  |

**4. ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ulica/Miejscowość** | **Numer domu** |
|  |  |
| **Kod pocztowy** | **Miejscowość** |
|  |  |
| **Gmina** | **Powiat** | **Województwo** |
|  |  |  |

**5. ADRES ZAMELDOWANIA, JEŻELI JEST INNY NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ulica/Miejscowość** | **Numer domu** |
|  |  |
| **Kod pocztowy** | **Miejscowość** |
|  |  |
| **Gmina** | **Powiat** | **Województwo** |
|  |  |  |

**6. DANE MATKI DZIECKA LUB PRAWNEJ OPIEKUNKI:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** | **Nazwisko** |
|  |  |
| **Ulica/Miejscowość** | **Numer domu** | **Telefon kontaktowy** |
|  |  |  |
| **Kod pocztowy** | **Miejscowość** |
|  |  |
| **Gmina** | **Powiat** | **Województwo** |
|  |  |  |

**7. DANE OJCA DZIECKA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** | **Nazwisko** |
|  |  |
| **Ulica/Miejscowość** | **Numer domu** | **Telefon kontaktowy** |
|  |  |  |
| **Kod pocztowy** | **Miejscowość** |
|  |  |
| **Gmina** | **Powiat** | **Województwo** |
|  |  |  |

**9. WAŻNE INFORMACJE O DZIECKU,**

**KTÓRE POZWOLĄ NA PRAWIDŁOWE FUNKCJONOWANIE DZIECKA W KLASIE I SZKOLE:**

***(Proszę wstawić X w odpowiednią komórkę)***

|  |  |
| --- | --- |
| **STAN ZDROWIA:** | **Znak** |
| **Alergia** |  |
| **Astma** |  |
| **Cukrzyca** |  |
| **Niedosłuch w stopniu utrudniającym słuchanie bez wsparcia aparatu** |  |
| **Niedowidzenie w stopniu utrudniającym czytanie** |  |
| **Niepełnosprawność ruchowa (poruszanie się na wózku lub o kulach)** |  |
| **Niepełnosprawność ruchowa (potrzeba pisania na laptopie)** |  |
| **Problemy logopedyczne** |  |
| **Problemy neurologiczne (ADHD, nerwice, porażenie mózgowo-rdzeniowe)** |  |
| **Inne (jakie?)** |  |
| **Dodatkowe informacje, które według Państwa pozwolą na prawidłowy i wszechstronny rozwój dziecka (zainteresowania, uzdolnienia, potrzeba indywidualnych zajęć, itp.)** |

**10. CZY DZIECKO W ROKU SZKOLNYM 2017/2018 ODBYŁO (ODBYWA) ROCZNE PRZYGOTOWANIE PRZEDSZKOLNE W PRZEDSZKOLU LUB ODDZIALE PRZEDSZKOLNYM ZORGANIZOWANYM W SZKOLE PODSTAWOWEJ?**

***(Proszę wpisać X w odpowiednią komórkę oraz podać miejsce odbywania przygotowania przedszkolnego)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **TAK, nasze dziecko odbyło (odbywa) roczne przygotowanie przedszkolne.** | **Przedszkole nr…………………………….****w…………………………………………………****Oddział przedszkolny przy Szkole Podstawowej nr…………………………..****w ………………………………………………….** |
| **2.** | **NIE, nasze dziecko nie odbyło (nie odbywa) rocznego przygotowania.****przprzedszkolnego.** |  |

**\*\*\*\* Jeżeli dziecko 6–letnie nie uczęszczało do przedszkola niezbędne jest załączenie do wniosku opinii z poradni psychologiczno – pedagogicznej o możliwości rozpoczęcia nauki w szkole podstawowej.**

**11. CZY DZIECKO POSIADA ORZECZENIA Z PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ?**

***(Proszę wpisać X w odpowiednią komórkę)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Orzeczenie o niepełnosprawności** |  |
| **Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego** |  |
| **Nie posiada orzeczeń** |  |

**12. CZY RODZICE WYRAŻAJĄ POTRZEBĘ UCZESTNICTWA DZIECKA**

**W ZAJĘCIACH ŚWIETLICOWYCH PRZED I PO ZAJĘCIACH EDUKACYJNYCH?**

***(Proszę wpisać X w odpowiednią komórkę)***

|  |
| --- |
| **Udział****w zajęciach świetlicowych** |
| **Przed zajęciami** | **Po zajęciach** |
| **Tak** |  |  |
| **Nie** |  |  |

**13. CZY DZIECKO BĘDZIE KORZYSTAŁO Z OBIADÓW W SZKOLNEJ STOŁÓWCE?**

***(Proszę wpisać X w odpowiednią komórkę)***

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK, nasze dziecko będzie korzystało z obiadu jednodaniowego (II danie)** |  |
| **TAK, nasze dziecko będzie korzystało z obiadu jednodaniowego (zupa)** |  |
| **TAK, nasze dziecko będzie korzystało z obiadu dwudaniowego** |  |
| **NIE, nasze dziecko nie będzie korzystało z obiadów** |  |

**14. OSOBY UPRAWNIONE (OPRÓCZ RODZICÓW) DO ODBIERANIA DZIECKA ZE SZKOŁY:**

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko osoby uprawnionej do odbierania naszego dziecka ze szkoły:** |
| **1.** |
| **2.** |

**15*.* INFORMACJE DOTYCZĄCE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH**

***(Proszę o własnoręczny podpis w odpowiedniej komórce)***

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE** | **PODPISY RODZICÓW** |
| **Wyrażam zgodę na publikowanie na stronie www szkoły oraz innych zdjęć naszego dziecka z konkursów i uroczystości, w których będzie brało udział oraz na udostępnianie wizerunku na potrzeby szkoły** **szkoły** |  |  |
| **Nie wyrażam zgody na publikowanie na stronie www szkoły i innych zdjęć naszego dziecka z konkursów i uroczystości, w których będzie brało udział oraz na udostępnianie wizerunku na potrzeby szkoły** |  |  |
| **Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystanie przez Dyrektora Szkoły danych osobowych naszych i dziecka oraz upoważnionych do odbioru dziecka osób, w celach związanych z przyjęciem i pobytem w szkole naszego dziecka (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r.) oraz na potrzeby szkoły** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miejscowość** | **Data** | **Podpis matki/****prawnego opiekuna** | **Podpis ojca/****prawnego opiekuna** |
|  |  |  |  |

***Termin rekrutacji: 01.03. – 23.03.2018r.***

**\*\*\* DOTYCZY dziecka spoza obwodu SP Mogielnica (rodzic wypełnia poniższą tabelkę):**

1. **DANE O MACIERZYSTEJ SZKOLE OBWODOWEJ ze względu na miejsce zamieszkania –**
2. **(DOTYCZY DZIECI SPOZA REJONU SZKOŁY PODSTAWOWEJ IM. JANA PAWŁA II W MOGIELNICY)**

|  |
| --- |
| **Szkoła Podstawowa nr ………. w ………………………………....................** |

**II. Wskazanie kolejności wybranych szkół w porządku od najbardziej do najmniej preferowanych:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejsce**  | **Nazwa szkół** |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |

**III. Kryteria określone przez dyrektora w porozumieniu z organem prowadzącym - punktacja :**

***Do wniosku dołącza się dokumenty potwierdzające ich spełnianie***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryterium dodatkowe**  | **Punkty** | **Dokumenty potwierdzające spełnianie kryteriów** |
| **1.** | **Rodzeństwo kandydata uczęszcza już do tej szkoły** | **5** | **Oświadczenie rodziców** |
| **2.** | **Miejsce pracy rodziców znajduje się w obwodzie szkoły** | **3** | **Oświadczenie rodziców** |
| **3.** | **Dziecko uczęszczało do publicznego przedszkola lub niepublicznego punktu****przedszkolnego zlokalizowanego w danej szkole** |  | **Oświadczenie rodziców** |
| **3** |
| **4.** | **W obwodzie szkoły zamieszkują krewni kandydata (babcia, dziadek) wspierający rodziców (opiekunów prawnych) w zapewnieniu mu należytej opieki** | **2** | **Oświadczenie rodziców** |

***Termin rekrutacji: 01.03. – 23.03.2018r.***

 **……………………………………………**

 **…………………………………………..**

 **czytelny podpis rodziców**

 **składających wniosek**

 **(opiekunów prawnych)**