



**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA  
DO KL. I SZKOŁY PODSTAWOWEJ  
IM ŚW. FRANCISZKA W WARSZAWIE  
w roku szkolnym 2018/19**

**I. DANE DZIECKA:**

1. Imiona i nazwisko dziecka:

Pierwsze imię..... Drugie imię.....

Nazwisko.....

2. Data i miejsce urodzenia( miesiąc słownie).....

3. PESEL dziecka.....

4. Adres zamieszkania kandydata:.....

5. Adres zameldowania (stały/czasowy) – jeśli jest inni niż miejsce zamieszkania:  
.....

**II. DANE RODZICÓW (OPIEKUNÓW PRAWNYCH):**

Dane rodziców		Matki	Ojca
1.	Imię		
2.	Nazwisko		
3.	Miejsce zamieszkania		
4.	Adres e-meil		
5.	Tel. kontaktowy		

**INNE INFORMACJE**

1.	Nazwa i adres szkoły obwodowej	
2.	Czy dziecko odbyło roczne przygotowanie w zerówce w oddziale przedszkolnym lub szkolnym? Jeśli tak, to gdzie?	
3.	Czy dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności?	
4.	Czy dziecko pozostaje pod opieką poradni specjalistycznej? Jeśli tak, to jakiej?	
6.	Język obcy, którego dziecko uczyło się w zerówce.	

7.	Dodatkowe ważne informacje o dziecku np. stałe choroby, wady rozwojowe, alergie, inne:	
8.	Przynależność do parafii	

### III. OŚWIADCZENIE RODZICÓW

Oświadczam(y), iż przedłożone powyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

- 1) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm.) w celach ewidencyjnych oraz działalności statutowej szkoły\*.
- 2) Wyrażam zgodę na publikację danych osobowych oraz wizerunku (ewentualnych zdjęć) mojego dziecka i jego osiągnięć na tablicy lub/i stronie internetowej szkoły w związku z działaniami informacyjnymi i promocyjnymi szkoły\*.
- 3) Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie przez szkołę prac dziecka wytworzonych pod kierunkiem nauczyciela na zajęciach szkolnych lub dla celów zajęć szkolnych\*.
- 4) Wyrażam zgodę na udostępnienie danych osobowych mojego dziecka podmiotom świadczącym opiekę medyczną (pielęgniarka) na terenie szkoły\*.

*\*w przypadku braku zgody - skreślić*

Podpis Matki .....

Podpis Ojca .....

Warszawa, dn.....