



Chrześcijańska
Szkoła Podstawowa

PODANIE O PRZYJĘCIE

DO CHRZEŚCIJAŃSKIEJ SZKOŁY PODSTAWOWEJ „ARKA”

Prosimy o przyjęcie naszego dziecka do Chrześcijańskiej Szkoły Podstawowej „Arka” we Wrocławiu
do klasy w roku szkolnym/..... od dnia

DANE UCZNIĄ - KANDYDATA			
Nazwisko:		Imię (imiona):	
Data urodzenia:		Miejsce urodzenia:	
PESEL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
ADRES ZAMIESZKANIA			
Miejscowość:		Ulica i nr:	
Kod pocztowy:		Powiat:	
Gmina:		Województwo:	
ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)			
Miejscowość:		Ulica i nr:	
Kod pocztowy:		Poczta:	
SZKOŁA REJONOWA (wg adresu zamieszkania)			
Nazwa szkoły:			
Miejscowość:		Ulica i nr:	
Kod pocztowy:		Poczta:	
SZKOŁA/PLACÓWKA, DO KTÓREJ OSTATNIO UCZĘSZCZAŁO DZIECKO			
Nazwa szkoły/ placówki:			Klasa: <input type="text"/>
Miejscowość:		Ulica i nr:	
Kod pocztowy:		Poczta:	

DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH*			
Nazwisko matki/ opiekuna prawnego*:		Imię matki/ opiekuna prawnego*:	
Telefon:		E-mail:	
Nazwisko ojca/ opiekuna prawnego*:		Imię ojca/ opiekuna prawnego*:	
Telefon:		E-mail:	

* Niepotrzebne skreślić

DODATKOWE INFORMACJE O UCZNIU
Sukcesy, zdolności/talenty mocne strony, słabe strony ucznia
.....
Posiadane przez ucznia opinie, orzeczenia, zalecenia dotyczące nauki, zdrowia
<p>Uczeń posiada opinię lub orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Jeśli tak, prosimy o dołączenie opinii/orzeczenia do podania</p>
<p>Uczeń posiada szczególne zalecenia dotyczące nauki/udzielana jest mu pomoc terapeutyczna (np. logopedyczna, edukacyjna, Integracji Sensorycznej, biofeedback, etc.):</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Jeśli tak, prosimy o krótki opis:</p> <p>.....</p>
<p>Uczeń posiada problemy zdrowotne:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Jeśli tak, prosimy o krótki opis:</p> <p>.....</p>
<p>Uwaga: Zatajenie istotnych informacji ważnych z punktu widzenia edukacji i wychowania może skutkować rozwiązaniem umowy.</p>

W załączeniu składam następujące dokumenty:

1.
2.
3.
4.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego dla potrzeb niezbędnych dla procesu rekrutacji i realizacji obowiązku szkolnego oraz obowiązku nauki. Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zbieranych do Systemu Informacji Oświatowej oraz do systemu ODPN. Mam świadomość o celu zbierania tych danych, prawie wglądu do swoich danych oraz możliwości ich poprawiania. Oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w formularzu dane zgodne ze stanem faktycznym i zobowiązuję się do poinformowania Dyrektora Szkoły o każdej zmianie. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również, że podanie tych danych jest dobrowolne.

.....
.....
(data i podpisy rodziców/opiekunów prawnych*)

* Niepotrzebne skreślić