



**FORMULARZ
ZGŁOSZENIA DZIECKA
NA ROK SZKOLNY /**

I. Informacje o dziecku

Imię								<i>Zdjęcie dziecka</i>
Nazwisko								
Data urodzenia								
Miejsce urodzenia								
PESEL								
Adres zamieszkania								
Adres zameldowania								
Szkoła rejonowa								
Zgłoszenie do klasy	0	1	2	3	4	5	6	
Czy dziecko powtarzało klasę? Jeśli tak, to którą?								
Czy stwierdzono u dziecka kłopoty z nauką jakiegoś przedmiotu? Jeśli tak, proszę podać jakie.								
Czy kiedykolwiek dziecko uczestniczyło w zajęciach wyrównawczych? Jeśli tak, to w jakich?								
Czy dziecko posiada orzeczenie z poradni p-p? Jeśli tak, proszę podać w jakim zakresie.								
Szczególne uzdolnienia i osiągnięcia dziecka								

II. Informacje o rodzinie

1. Dane dotyczące rodziców/opiekunów prawnych:

Rodzice/Opiekunowie	1	2
Imię		
Nazwisko		
Stopień pokrewieństwa z dzieckiem		
Adres zamieszkania		
Telefon kontaktowy		
Adres e-mail		
Zawód		
Miejsce pracy		
Telefon do pracy		

2. Dane dotyczące osób upoważnionych do odbioru dziecka ze szkoły (innych niż rodzice lub opiekunowie prawni):

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Nr dowodu osobistego

Stwierdzam, iż wszystkie informacje podane przeze mnie są zgodne z prawdą i jestem odpowiedzialny za jakiegokolwiek pomyłki popełnione podczas wypełniania formularza. Nadto, zobowiązuję się niezwłocznie informować szkołę o wszelkich zmianach powyższych informacji.

PODPIS _____ Sochaczew, dn. _____

Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych osobowych zawartych w formularzu przez AKADEMIE PRYMUSA Niepubliczną Szkołę Podstawową Nr 1 w Sochaczewie, zgodnie z ustawą o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 1997r., Nr 133, poz. 833).

PODPIS _____ Sochaczew, dn. _____



Informacja medyczna rodziców/opiekunów o dziecku

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

Imię		Zdjęcie dziecka
Nazwisko		
Data urodzenia		
Miejsce urodzenia		
PESEL		
Adres zamieszkania		
Numer telefonu w razie wypadku		
Adres przychodni		
Telefon do przychodni		
Imię i nazwisko lekarza prowadzącego dziecko		
Czy dziecko jest leczone w poradni specjalistycznej? Jeśli tak, to w jakiej?		
Wyrażam zgodę na fluoryzację zębów w klasach O-VI	TAK / NIE	
Wyrażam zgodę na badania przesiewowe i profilaktyczne przewidziane dla dzieci młodzieży szkolnej	TAK / NIE	
Czy dziecko jest uczulone na leki? Jeśli tak, to jakie?		
Czy dziecko przyjmuje jakieś stałe leki? Jeśli tak, to jakie?		
Dodatkowe informacje o dziecku		

PODPIS _____

Sochaczew, dn. _____