**ODDZIAŁ ZEROWY**

 **KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA**

 **DO ODDZIAŁU ZEROWEGO**

 **na rok szkolny 2022/2023**

**I. Dane osobowe dziecka**

Proszę o przyjęcie dziecka …………………………………………………….……….. ur. dnia …………………………………………. w ……………………………….. województwo …………………………………. do oddziału przedszkolnego *zerowego* przy Szkole Podstawowej nr 2 im. Henryka Sienkiewicza w Kolnie, ul. Szkolna 8, na **5 godzin** dziennie.

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

**PESEL dziecka**

Adres **zamieszkania** dziecka …………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………

Adres **meldunku stałego** dziecka ………….……………………………………………..

……………………………………………………………………………………….

Szkoła obwodowa zgodna z miejscem zameldowania ...................................................................

……………………………………………………………………………………….

**II. DANE DOTYCZĄCE RODZICÓW/OPIEKUNÓW**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | MATKA (PRAWNA OPIEKUNKA) | OJCIEC(PRAWNY OPIEKUN) |
| Nazwisko i imię |  |  |
| Miejsce pracy |  |  |
| Godziny pracy |  |  |
| Telefon do pilnego kontaktu |  |  |

Oświadczam, iż dane zawarte w niniejszej karcie są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy. Zobowiązuję się do informowania o każdorazowej zmianie powyższych danych. Udostępnione dane osobowe podlegają ochronie. Będą wykorzystywane przez szkołę w niezbędnym zakresie. Przetwarzanie danych odbywać się będzie zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 833, z póź. zm.).

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w niniejszej karcie.

Kolno, dnia ………………………………………….. ……………………………………………….

 (podpis ojca/opiekuna, matki/opiekunki)

**III. DODATKOWE INFORMACJE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Uczęszczanie do świetlicy**\*\* | **TAK**\* | **NIE**\* |
| **Korzystanie z obiadów szkolnych** | **TAK**\* | **NIE**\* |
| **Zgoda na podanie dziecku (w razie potrzeby) w ramach Profilaktyki Zdrowotnej i Pomocy Przedlekarskiej następujących leków: codipar, no-spa, krople żołądkowe.** | **TAK**\* | **NIE**\* |

\* *właściwą odpowiedź proszę podkreślić*

\*\* *przyjęcie do świetlicy odbywa się wg ustalonych procedur obowiązujących w SP 2*

**IV. OSOBY DOROSŁE, UPOWAŻNIONE DO ODBIORU DZIECKA Z ZERÓWKI** (PODAĆ STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA)

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

Kolno, dnia ………………………………………….. ……………………………………………….

 (podpis ojca/opiekuna, matki/opiekunki)