

.....
(czytelne podpisy rodziców /prawnych opiekunów)

DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA Wypełniają rodzice (prawni opiekunowie) dziecka

Numer PESEL											Imię	Drugie imię	Nazwisko
Data urodzenia:											Miejsce urodzenia :		
Adres zamieszkania dziecka											Adres zameldowania dziecka		
Adres szkoły obwodowej											Nazwa przychodni, w której została złożona deklaracja korzystania ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej		
Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności, orzeczenie o kształceniu specjalnym, opinię poradni psychologiczno-pedagogicznej lub inne zaświadczenie ? TAK (dołączyć kserokopię) NIE											Czy dziecko znajduje się pod opieką poradni specjalistycznej? TAK (jakiej ?) NIE		

DANE IDENTYFIKACYJNE RODZICÓW /PRAWNYCH OPIEKUNÓW

Ojciec/opiekun prawny		Matka/opiekunka prawna	
Imię i nazwisko:		Imię i nazwisko:	
Adres zamieszkania:		Adres zamieszkania:	
Kontakt:		Kontakt:	
Telefon (dom, komórka)		Telefon (dom, komórka)	
e-mail		e-mail	

INFORMACJE O DZIECKU

Zainteresowania

Choroby, alergie

Inne uwagi o dziecku

OŚWIADCZENIE

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że podane dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Zobowiązuję się do informowania szkoły o wszelkich zmianach - nr telefonów, adresów oraz o chorobach i sytuacjach, które mogą mieć wpływ na bezpieczeństwo i funkcjonowanie dziecka w Szkole Podstawowej nr i im. Bolesława Chrobrego w Kamieńcu Żąbkowickim.

Zobowiązuję się do zapoznania i przestrzegania Statutu Szkoły, regulaminów, procedur obowiązujących w szkole.

Oświadczam, że moje dziecko uczęszczał/a do

.....

.....

(podać adres placówki)

.....

data miejscowość

.....

Podpis matki(prawnej opiekunki)

.....

Podpis ojca(prawnego opiekuna)