

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA DO NIEPUBLICZNEJ SZKOŁY PODSTAWOWEJ
„DZIĘDOBEREK”**

na rok szkolny **2026/2027**

data wpływu wniosku.....

DANE DZIECKA

1. Imiona i nazwisko dziecka
2. Adres zameldowania (stały/czasowy)*
3. Adres zamieszkania dziecka
4. Data i miejsce urodzenia
5. PESEL
6. Od kiedy dziecko będzie uczęszczać do szkoły
7. Czy dziecko już uczęszczało do szkoły/przedszkola (tak/nie)*, nazwa placówki
.....
.....
8. Dodatkowe ważne informacje o dziecku np. stałe choroby, wady rozwojowe, alergie, inne
9. Czy dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego? Jeśli tak, to z tytułu jakiej niepełnosprawności? (w przypadku posiadania dokumentu należy dołączyć kopię w załączeniu):
10. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności? (w przypadku posiadania dokumentu należy dołączyć kopię w załączeniu).
11. Zalecenie lekarskie
.....

DANE DOTYCZĄCE RODZICÓW/OPIEKUNÓW*

MATKA/OPIEKUNKA*	OJCIEC/OPIEKUN*
1. Imiona i nazwisko matki/ opiekunki*	1. Imiona i nazwisko ojca/ opiekuna*
2. Adres zameldowania (stały/ czasowy*)	2. Adres zameldowania (stały/ czasowy*)
3. Adres zamieszkania	3. Adres zamieszkania
4. Telefon kontaktowy	4. Telefon kontaktowy
5. Adres email (drukowanymi)	5. Adres email (drukowanymi)

12. Rodzina pełna, niepełna, zastępcza*
13. Informacja o ograniczeniu praw rodzicielskich

Informacja dotycząca miejsca pracy rodziców/opiekunów*

MATKA/ OPIEKUNKA*	OJCIEC/ OPIEKUN*
Miejsce pracy:	Miejsce pracy:
Telefon:	Telefon:
Zawód:	Zawód:
Czas pracy od-do:	Czas pracy od-do:
Dane zakładu pracy, numer telefonu:	Dane zakładu pracy, numer telefonu:

Oświadczam, że przedłożone informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis matki/opiekunki i/albo ojca/opiekuna)

Szkoła rejonowa dziecka

Nazwa placówki	
Adres placówki	

III. RODZIC/ OPIEKUN OŚWIADCZA, ŻE:

1. zapoznał się ze szczegółowymi warunkami zapisu dziecka do szkoły.
2. Niezwłocznie poinformuje szkołę o każdej zmianie danych osobowych własnych oraz dziecka.
3. Przed wypełnieniem niniejszego zgłoszenia oraz pozostałych dokumentów rekrutacyjnych zapoznał się z aktualnie obowiązującym statutem Niepublicznej Szkoły Podstawowej „Dzieńdoberek” oraz zrozumiał jego treść i zobowiązuje się do jego przestrzegania.

UWAGA!

Za skorzystanie z ubezpieczenia NW rodzic/opiekun obowiązany jest do uiszczenia dodatkowych opłat. Szkoła nie pośredniczy w zakupie ubezpieczenia.

*za opiekuna i opiekunkę uważa się prawnych opiekunów ucznia oraz osoby (podmioty) sprawujące pieczę zastępczą nad uczniem.

.....
(data i podpis matki/ opiekunki)*

.....
(data i podpis ojca/ opiekuna)*

KARTA ZDROWIA DZIECKA

1. **Nazwisko i imiona dziecka**
 2. **Data i miejsce urodzenia**
 3. **PESEL**
 4. **Miejsce zamieszkania**
 5. **Gmina**
 7. **Charakterystyka dziecka (rodzaj niepełnosprawności)**
.....
.....

 8. **Dolegliwości i objawy występujące u dziecka:** (właściwe podkreślić) omdlenia, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, lęki nocne, moczenie nocne, inne:
.....
.....
.....

 9. **Przebyte choroby (podać rok i podkreślić):**
Żółtaczką zakaźną, dur brzuszny, padaczka,
inne
 - Data zaszczepienia przeciwko tężcowi:**
10. **Czy w ostatnim roku dziecko było w szpitalu?** (tak/ nie)
Powód
.....
.....
.....
- Na jakie pokarmy oraz leki dziecko jest uczulone?**
.....
.....
.....
11. **Jakie leki dziecko zażywa? – PROSZĘ PODAĆ NAZWĘ LEKU!**
.....
.....

12. Jak dziecko znosi podróż autokarem?

.....
.....

13. Inne istotne uwagi o stanie zdrowia dziecka – informacje, które twoim zdaniem powinniśmy znać:

.....
.....
.....

14. Dane rodziców/ opiekunów:

Matka / Opiekunka

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

Ojciec / Opiekun

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

.....

data i podpis rodzica/opiekuna

Nr	<p style="text-align: center;">Oświadczenie dotyczące udziału dziecka w terapiach i zajęciach wspomagających, prowadzonych w ramach pobytu dziecka w placówce szkolnej „Dzieńdoberek”.</p> <p>1. Oświadczam, że nie są znane mi żadne przeciwwskazania zdrowotne dziecka do udziału we wskazanych zajęciach, poza wskazanymi w Karcie Zdrowia Dziecka i jej aktualizacjach, wypełnionej na wzorze placówki i przekazanej do placówki „Dzieńdoberek”.</p> <p>2. Na uzasadnioną prośbę nauczyciela, zobowiązuję się dostarczyć w terminie do 10 dni odpowiednie zaświadczenie lekarskie.</p> <p>3. Oświadczam, że wiem, iż udział dziecka w poszczególnych formach zajęć i terapii odbywać się będzie zgodnie z zapotrzebowaniem dziecka stwierdzonym przez zespół wychowawczy, w tym ds. IPET oraz zgodnie z aktualnym harmonogramem pracy i organizacji pracy placówki. Oznacza to, że dziecko pomimo wyrażonej przeze mnie zgody na wskazane zajęcia, nie zawsze będzie korzystać ze wszystkich wskazanych form zajęć i terapii, np. biofeedback, treningu słuchowego Johansena czy Warnkego.</p> <p>4. Oświadczam, że wskazane zgody lub ich brak obowiązuje na całym etapie edukacji szkolnej, kiedy dziecko uczęszcza do placówki „Dzieńdoberek”. W razie zmiany swojego stanowiska mam prawo do jego zmiany poprzez złożenie aktualnego oświadczenia dotyczącego udziału dziecka w terapiach i zajęciach wspomagających, prowadzonych w ramach pobytu dziecka w placówce.</p>	<p style="text-align: center;">WYRAŻAM ZGODĘ (TAK/NIE)</p>
1	Udział ucznia w zajęciach zooterapii, w tym z udziałem różnych zwierząt, takich jak koty, psy, alpaki itp.	TAK / NIE
2	Udział ucznia w zajęciach poza szkołą, na ściance wspinaczkowej, ściankach kreatywnych i interaktywnych, parku trampolin, itp.	TAK / NIE
3	Udział ucznia w spektaklach teatralno-artystycznych oraz w seansach kinowych.	TAK / NIE
4	Udział ucznia w zajęciach terapii wspomagającej prowadzonej w Sali Doświadczania Świata / Sali polisensorycznej / Sali sensorycznej	TAK / NIE
5	Udział ucznia w wyjściach na spacer i plac zabaw, w tym korzystanie przez dziecko z dostępnych poza placówką sprzętów i zabawek.	TAK / NIE
6	Udział ucznia w zajęciach muzyczno-ruchowych, w tym w zajęciach rozwoju funkcji komunikacyjnych	TAK / NIE
7	Udział ucznia w zajęciach ruchowych oraz fizjoterapeutycznych, w tym masażu.	TAK / NIE
8	Udział ucznia w zajęciach integracji sensomotorycznej.	TAK / NIE
9	Udział ucznia w zajęciach terapii czaszkowo-krzyżowej.	TAK / NIE
10	Udział ucznia w zajęciach z wykorzystaniem metod stymulujących percepcję słuchową.	TAK / NIE

11	Udział ucznia w wyjściach i spotkaniach integracyjnych do placówek integracyjnych i innych, gdzie realizowana będzie forma integracji ucznia z innymi osobami, w tym dziećmi z niepełnosprawnością i dziećmi bez niepełnosprawności, w tym poprzez wspólne korzystanie przez dziecko z dostępnych poza szkołą sprzętów i zabawek.	TAK / NIE
12	Udział ucznia w wyjściach i spotkaniach, w tym wycieczkach poza teren szkoły – np. wyjścia na spacer, różnorodne miejsca jak biblioteka, dworzec, urząd miasta, wyjście do parku, muzeum, itp.	TAK / NIE
13	Udział ucznia w innych zajęciach i terapiach, w tym treningu umiejętności społecznych, zajęciach rozwoju funkcji poznawczych, zajęciach psychologicznych, zajęciach psychologiczno-pedagogicznych, zajęciach rozwoju funkcji komunikacyjnych, logopedii, ruchu rozwijającego W. Sherborne, zajęciach plastycznych, bajkoterapii.	TAK / NIE
14	Udział ucznia w innych zajęciach organizowanych w placówce zarówno przez kadrę placówki jak i podmioty zewnętrzne.	TAK / NIE
15	Wyrażam zgodę na sprawdzanie skóry głowy mojego dziecka przez osobę wskazaną przez dyrektora placówki, w związku z profilaktyką i prewencją wszawicy w placówce szkolnej, oraz zobowiązuje się do podjęcia wszelkich działań zmierzających do wyeliminowania wszawicy u mojego dziecka jeśli taka zostanie stwierdzona.	TAK / NIE
16	Wyrażam zgodę na rejestrowanie wizerunku mojego dziecka monitoringiem szkolnym.	TAK / NIE
17	Wyrażam zgodę na rejestrowanie wizerunku mojego dziecka za pośrednictwem telefonów komórkowych pracowników oraz innych narzędzi dostępnych w placówce, w tym w celu dokumentacji fotograficznej.	TAK / NIE

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna)