

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

na rok szkolny **2025/2026**

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\***

<b>MATKA/OPIEKUNKA*</b>	<b>OJCIEC/OPIEKUN*</b>
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. Informacje o stopniu niepełnosprawności (znaczny, umiarkowany, lekki, nie)*	4. Informacje o stopniu niepełnosprawności (znaczny, umiarkowany, lekki, nie)*
5. Telefon kontaktowy oraz email	5. Telefon kontaktowy oraz email

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.

.....

(miejsce, 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** .....
6. **Telefon kontaktowy** .....
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  
.....  
.....  
.....
11. **Na jakie pokarmy oraz leki dziecko jest uczulone?**  
.....  
.....  
.....
12. **Jakie leki dziecko zażywa? – PROSZĘ PODAĆ NAZWĘ LEKU!**  
.....

.....

**13. Jak dziecko znosi podróż autokarem?**

.....  
.....

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

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

**15. Dane rodziców/ opiekunów:**

Matka .....

Adres zamieszkania .....

Telefon .....

Ojciec .....

Adres zamieszkania .....

Telefon .....

**16. Dane placówki do której uczęszcza dziecko:**

Nazwa .....

Adres .....

Telefon .....

Dyrektor placówki .....

Telefon .....

Wychowawca dziecka .....

Telefon .....

.....

data i podpis rodzica/opiekuna

Nr	<p style="text-align: center;"><b>Oświadczenie dotyczące udziału dziecka w terapiach i zajęciach wspomagających, prowadzonych w ramach pobytu dziecka w placówce szkolnej „Dzieńdoberek”.</b></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;"><b>WYRAŻAM ZGODĘ (TAK/NIE)</b></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 Doświadczenia 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 sensorycznej.	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)

Szczecin, dnia .....

**Deklaracja dotycząca woli uczestnictwa syna/córki w zajęciach religii, etyki**

**w roku szkolnym 2025/2026**

Oświadczam, że mój syn/córka.....

imię i nazwisko ucznia

Będzie uczestniczyć w zajęciach z przedmiotu „religia”\*

Będzie uczestniczyć w zajęciach z przedmiotu „etyka”\*

Nie będzie uczestniczyć w zajęciach z przedmiotu „religia” oraz „etyka”\*

.....  
podpis rodzica/opiekuna prawnego

**\*podkreślić właściwą odpowiedź**

Uwaga: Deklaracja obowiązuje w okresie nauki w szkole. Może zostać zmienione na pisemny wniosek rodzica/opiekuna prawnego.

**OŚWIADCZENIE RODZICA (PRAWNEGO OPIEKUNA)**

W związku z deklaracją braku uczestnictwa w zajęciach religii/etyki proszę o zwalnianie mojego/mojej syna/córki z obecności w szkole w czasie lekcji religii/etyki jeżeli przypadają na pierwsze lub ostatnie godziny w planie. Jednocześnie oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za moje dziecko w tym czasie.

W przypadku gdy w/w zajęcia odbywać się będą pomiędzy zajęciami lekcyjnymi wyrażam zgodę, aby moje dziecko znajdowało się pod opieką świetlicy szkolnej albo wyznaczonego nauczyciela.

W przypadku braku uczestnictwa w zajęciach religii/etyki oświadczam, że mam wiedzę, że moje dziecko może przebywać w świetlicy szkolnej, nawet jeśli zajęcia przypadają na pierwsze lub ostatnie godziny w planie.

.....  
podpis rodzica/opiekuna prawnego

## KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO ŚWIETLICY SZKOLNEJ

Proszę o przyjęcie mojego syna/córki ..... klasa ..... do świetlicy szkolnej w roku szkolnym 2025/2026.

Jednocześnie wyrażam zgodę na to, aby moje dziecko uczestniczyło w zajęciach, imprezach i wyjściach organizowanych w godzinach pracy świetlicy. Oświadczam też, że znam zapisy regulaminu funkcjonowania świetlicy i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

### Dane dziecka i rodziców (opiekunów prawnych):

**Imię i nazwisko dziecka:** .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

pesel .....

**Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego**.....

Adres zamieszkania: .....

Telefony kontaktowe: .....

Miejsce pracy.....  
nazwa i adres zakładu pracy

**Imię i nazwisko matki/opiekunki prawnej:** .....

Adres zamieszkania: .....

Telefony kontaktowe: .....

Miejsce pracy.....  
nazwa i adres zakładu pracy

Dodatkowe informacje o dziecku ( stała choroba, uczulenia, zastrzeżenia itp.)

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

Szczecin, dn.....

.....  
podpis opiekuna prawnego

.....  
podpis opiekuna prawnego