# ZGŁOSZENIE ucznia do klasy pierwszej Szkoły Podstawowej im. Orła Białego w Niszczewach w roku szkolnym 2024/2025

Proszę o przyjęcie dziecka z obwodu szkolnego **do klasy pierwszej** Szkoły Podstawowej   
w Niszczewach.

***Wszystkie pola proszę wypełnić pismem drukowanym***

# DANE DZIECKA

**Dane osobowe dziecka**

Imię Drugie imię Nazwisko

PESEL

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

Data urodzenia Miejsce urodzenia

**Adres**

**zamieszkania**

**dziecka**

Ulica

nr domu

nr lokalu

Kod

Miejscowość

Województwo

Powiat

Gmina

**Adres zameldowania dziecka, jeśli jest inny niż adres zamieszkania**

Ulica nr domu nr lokal tel. stacjonarny

Kod

Miejscowość

Województwo

Powiat

Gmina

**Dane rodziców/opiekunów:**

Imię Nazwisko Telefon (matki)

Imię

Nazwisko

Telefon (ojca)

**Dodatkowe informacje:**

|  |  |
| --- | --- |
| Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, numer orzeczenia |  |

# OŚWIADCZENIE

Wyrażam życzenie uczestniczenia mojego dziecka w lekcjach **religii / etyki\***.

\*niepotrzebne skreślić

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

data podpis matki/opiekunki prawnej podpis ojca/ opiekuna prawnego

**Kryteria przyjęcia -** (w przypadku spełniania danego kryterium proszę postawić znak „X”)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryteria obowiązkowe** | | |
| 1. | Wielodzietność rodziny kandydata *załącznik: oświadczenie o wielodzietności rodziny kandydata.* |  |
| 2. | Niepełnosprawność kandydata  *załącznik: orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niepełnosprawność, orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.* |  |
| 3. | Niepełnosprawność jednego z rodziców kandydata  *Załącznik: orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.* |  |
| 4. | Niepełnosprawność obojga rodziców kandydata  *załącznik: orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.* |  |
| 5. | Niepełnosprawność rodzeństwa kandydata  *załącznik: orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niepełnosprawność, orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.* |  |
| 6. | Samotne wychowywanie kandydata w rodzinie  *załącznik: prawomocny wyrok sądu rodzinnego orzekający rozwód lub separację lub akt zgonu oraz oświadczenie o samotnym wychowywaniu dziecka oraz niewychowywaniu żadnego dziecka wspólnie z jego rodzicem.* |  |
| 7. | Objęcie kandydata pieczą zastępczą  *załącznik: dokument potwierdzający objęcie dziecka pieczą zastępczą zgodnie z ustawą z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.* |  |
| **Kryteria dodatkowe** | | |
| 1. | Kandydat uczęszczał w poprzednim roku szkolnym odpowiednio do przedszkola, oddziału przedszkolnego lub szkoły podstawowej na terenie Gminy Waganiec |  |
| 2. | Rodzeństwo kandydata w roku szkolnym, na który prowadzona jest rekrutacja, uczęszcza lub będzie uczęszczało do tej szkoły |  |
| 3. | Ubieganie się o przyjęcie kandydata do szkoły zlokalizowanej najbliżej miejsca zamieszkania lub miejsca pracy jednego z rodziców |  |
| 4. | W obwodzie szkoły, do której składany jest wniosek, zamieszkują krewni dziecka wspierający rodziców/opiekunów prawnych w zapewnieniu mu należytej opieki |  |

**Pouczenie:**

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny ( Dz. U. 2021.0.2345 )

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

data podpis matki/opiekunki prawnej podpis ojca/ opiekuna prawnego

Proszę dostarczyć następujące dokumenty:

* bilans dziecka 6-letniego ( w przypadku korzystania z usług zdrowotnych w Przychodni innej niż w Zbrachlinie)
* 1 zdjęcie (do legitymacji szkolnej)
* informacja o gotowości dziecka do podjęcia nauki w szkole podstawowej wystawiona przez

placówkę, w której dziecko realizowało przygotowanie przedszkolne

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych zawartych we wniosku zgodnie z podstawowymi zadaniami szkoły, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. , poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

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

data podpis matki/opiekunki prawnej podpis ojca/ opiekuna prawnego

Zgodnie z art. 23 KC oraz art. 81 ust. 1 Ustawy z dnia 04.02.1994 o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. z 2000 r. nr 80, poz. 904 z późn. zm.) **wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody**\* na publikację wizerunku mojego dziecka jako uczestnika imprez sportowo-turystycznych, zawodów sportowych, konkursów, uroczystości szkolnych i innych działań, których organizatorem jest Szkoła Podstawowa im. Orła Białego   
w Niszczewach.

# \*niepotrzebne skreślić

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

data podpis matki/opiekunki prawnej podpis ojca/ opiekuna prawnego

# Decyzja Komisji Rekrutacyjnej

Komisja Rekrutacyjna na posiedzeniu w dniu …..........................................zakwalifikowała dziecko……………………………….…………. po uzyskaniu ilości punktów ...................

Nie zakwalifikowała dziecka z powodu ..................................................................................

Podpisy Członków Komisji: Podpis Przewodniczącego: