

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA DO PRZEDSZKOLA SAMORZĄDOWEGO  
W ZESPOLE PLACÓWEK OŚWIATOWYCH W WOLI FILIPOWSKIEJ NA ROK SZKOLNY 2019/2020**

UWAGA! Wniosek wypełniają rodzice lub opiekunowie dziecka.

**I. Dane osobowe dziecka i rodziców**

Imię (imiona) i nazwisko dziecka	.....		
PESEL .....	ur. ....-.....-..... <i>data urodzenia (dzień – miesiąc – rok)</i>	W ..... <i>miejsce</i>	
do Przedszkola Samorządowego w ZPO w Woli Filipowskiej	w godzinach od.....do.....	<input type="checkbox"/> 3 posiłki (ś, o, p)* <input type="checkbox"/> 2 posiłki (ś, o)*	<input type="checkbox"/> 1 posiłek (o)* <input type="checkbox"/> bez wyżywienia**
* ś – śniadanie, o – obiad, p – podwieczorek      ** dotyczy wyłącznie dzieci 6 letnich			
adres zamieszkania dziecka .....			
adres zameldowania dziecka (jeśli jest inny niż zamieszkania) .....			
imiona i nazwiska rodziców/opiekunów .....			
adres zamieszkania rodziców/opiekunów .....			
telefon domowy .....	telefon komórkowy .....	matka .....	ojciec .....

**II. Zaświadczenie rodziców/opiekunów o zatrudnieniu lub uczęszczaniu na studia dzienne**

Matka	..... nazwa i adres zakładu pracy/uczelni	..... pieczęć zakładu pracy/uczelni
Ojciec	..... nazwa i adres zakładu pracy/uczelni	..... pieczęć zakładu pracy/uczelni

*Informacja dotycząca zatrudnienia/studiowania może być potwierdzona bezpośrednio na wniosku lub na odrębnym zaświadczeniu wydanym przez zakład pracy/uczelnia (nie dotyczy dzieci 6-letnich)*

**III. Informacje o dziecku i jego sytuacji rodzinnej (proszę wpisać lub podkreślić właściwą odpowiedź):**

Informacje o dziecku i rodzinie

- |   |            |
|---|------------|
| • niepełnosprawność dziecka*                    | TAK    NIE |
| • niepełnosprawność jednego z rodziców dziecka* | TAK    NIE |
| • niepełnosprawność obojga rodziców dziecka*    | TAK    NIE |
| • niepełnosprawność rodzeństwa*                 | TAK    NIE |
| • wsparcie asystenta rodziny, kuratora*         | TAK    NIE |
| • samotne wychowywanie dziecka *                | TAK    NIE |
| • piecza zastępcza*                             | TAK    NIE |

\*należy złożyć kserokopię stosownego dokumentu

Liczba dzieci w rodzinie .....

Rodzeństwo uczęszcza do Zespołu Placówek Oświatowych w Woli Filipowskiej      TAK    NIE

**Oświadczam, że dochód na jednego członka mojej rodziny NIE PRZEKRACZA / PRZEKRACZA 100% kwoty, o której mowa w art.5 ust.1 ustawy o świadczeniach rodzinnych tj. 674.00 zł netto, a w przypadku wychowywania dziecka niepełnosprawnego kwota 764,00 zł netto.**

#### IV. Informacje o zdrowiu dziecka (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

- Stałe choroby, wady rozwojowe, poważne urazy, alergie (w tym alergie pokarmowe)  
.....
- Czy dziecko jest pod stałą opieką specjalistycznej przychodni zdrowia? **TAK NIE**  
Jeżeli **TAK** to jakiej? .....
- Czy dziecko ma kontakt z psychologiem lub logopedą? **TAK NIE**  
Jeżeli **TAK** to z jakiego powodu? .....
- Czy dziecko ma chorobę lokomocyjną? **TAK NIE**
- Czy dziecko posiada orzeczenie/opinię poradni psychologiczno-pedagogicznej? **TAK NIE**
- Dodatkowe uwagi dotyczące dziecka .....

#### V. Oświadczenia rodziców

1. Oświadczam, pod rygorem odpowiedzialności karnej, że dane przedłożone w deklaracji są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia dyrektora w przypadku zaistniałych zmian zawartych w deklaracji.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji dla potrzeb związanych z postępowaniem rekrutacyjnym zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000).
4. W przypadku zakończenia rekrutacji z wynikiem pozytywnym wyrażam zgodę na przekazanie tych danych do organu prowadzącego i organu uprawnionego do nadzoru nad jednostkami oświatowymi w zakresie związanym z procesem kształcenia i przetwarzanie tych danych przez te podmioty.
5. Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do przetwarzanych danych osobowych i ich poprawiania w siedzibie przedszkola.
6. Zobowiązuję się do terminowego uiszczania opłat związanych z pobytem dziecka w przedszkolu. Termin płatności od 10 do 15 każdego miesiąca.
7. Zapoznałem/łam/ się z Regulaminem Przedszkola Samorządowego w Zespole Placówek Oświatowych w Woli Filipowskiej.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych)

#### VI. Informacja

Dane zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach do wniosku będą wykorzystywane wyłącznie dla potrzeb związanych z postępowaniem rekrutacyjnym, prowadzonym na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. o Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59) oraz w celu poznania sytuacji rodzinnej dziecka niezbędnej w pracy edukacyjno-wychowawczej, szybkiego kontaktu w nagłych okolicznościach. Są udostępnione **tylko** nauczycielom i pracownikom administracji przedszkola, którzy są zobowiązani do zachowania tajemnicy służbowej. Zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych **wyrażam zgodę** na zebranie powyższych danych o dziecku i jego rodzinie oraz przetwarzanie ich na potrzeby przedszkola oraz aktualizacji centralnej bazy Systemu Informacji Oświatowej. Administratorem danych osobowych zawartych we wniosku oraz załącznikach do wniosku jest dyrektor.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych)

**W związku z możliwością złożenia wniosku o przyjęcie dziecka do 3 przedszkoli prosimy o wpisanie według kolejności od 1 do 3 preferowanych placówek:**

1. ....
2. ....
3. ....