**DEKLARACJA O KONTYNUOWANIU WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO**

**W ODDZIALE……. – LATKÓW na rok szkolny** …………/………

Wypełnioną deklarację należy złożyć do wychowawcy oddziału przedszkolnego w terminie do………………..……..

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE DZIECKA** |
| PESEL\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Seria i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość |  |
| Imię / imiona\* |  |  |
| Nazwisko\* | \* |
| Data i miejsce urodzenia\* |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA** |
| Miejscowość\* |  | ulica\* |  |
| Nr domu/ mieszkania\* |  | Kod pocztowy\* |  |

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** |
| Opiekun(właściwe zakreślić) | Rodzic | Opiekun prawny | Nie udzieli informacji | Nie żyje | Nieznany | Rodzic mieszka za granicą |
| Imię\* |  |
| Nazwisko\* |  |
| Adres zamieszkania\* |  |
| Telefon \* |  |
| Adres e-mail\*\* |  |

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** |
| Opiekun(właściwe zakreślić) | Rodzic | Opiekun prawny | Nie udzieli informacji | Nie żyje | Nieznany | Rodzic mieszka za granicą |
| Imię\* |  |
| Nazwisko\* |  |
| Adres zamieszkania\* |  |
| Telefon \* |  |
| Adres e-mail\*\* |  |

*\*oznaczone pola wymagane*

*\*\* oznaczone pola nieobowiązkowe*

|  |
| --- |
| **DODATKOWE INFORMACJE I DOKUMENTY DOTYCZĄCE DZIECKA**(należy zakreślić odpowiedź) |
|  | TAK | NIE | informacja o dołączonym dokumencie |
| Orzeczenie lub opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej | TAK | NIE |  |
| Inne informacje o dziecku: np. potrzeba szczególnej opieki, informacja o stanie zdrowia, zalecenia lekarskie, stosowana dieta | TAK | NIE |  |

Deklarowany pobyt dziecka w placówce w godzinach od …………….. do …………….

Deklaruję kontynuowanie wychowania przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Powstańców Styczniowych w Fajsławicach w roku szkolnym 20………./20..……. mojego dziecka …..………………………………………………………………………………….

Oświadczam, że:

- wszystkie dane zawarte w deklaracji są prawdziwe,

- niezwłocznie powiadomię wychowawcę oddziału przedszkolnego o zmianie danych zawartych w deklaracji.

…………………, dn. ………………. ….…………………………………

 *podpis rodzica lub opiekuna prawnego*

**POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA DEKLARACJI**

Fajsławice, dn. ………………. ….…………………………………

 *podpis dyrektora*