|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO PUBLICZNEGO PRZEDSZKOLA,  W ZESPOLE OŚWIATOWYM W NOWYCH IGANIACH**  **rok szkolny 2019/ 2020** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane dziecka** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | Imię/ imiona | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Data i miejsce urodzenia |  | | **PESEL** | |  |  |  |  | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres zamieszkania | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres zameldowania | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane rodziców/opiekunów\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dane | | **matki/**opiekunki\* | | **ojca/**opiekuna\* | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię/imiona | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko/ nazwiska | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer telefonu do rodziców/ opiekunów w sytuacji wymagającej szybkiego kontaktu w sprawie dziecka | | | | **Numer domowy/komórkowy**  **Matka**  **Ojciec** | | | | | | | | | | | | | | |
| Dwoje rodziców kandydata pozostaje w zatrudnieniu lub prowadzi gospodarstwo rolne lub prowadzi działalność gospodarczą lub pobiera naukę w systemie dziennym | | | | **TAK\*** | | | | | **NIE\*** | | | | | | | | | |
| Jeden z rodziców kandydata pozostaje w zatrudnieniu lub prowadzi gospodarstwo rolne lub prowadzi działalność gospodarczą lub pobiera naukę w systemie dziennym | | | | **TAK\*** | | | | | **NIE\*** | | | | | | | | | |
| Przynajmniej jeden z rodziców kandydata jest zarejestrowany w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna | | | | **TAK\*** | | | | | **NIE\*** | | | | | | | | | |
| Rodzina kandydata korzystała w okresie ostatnich 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku ze świadczeń pomocy społecznej z uwagi na trudną sytuację rodzinną | | | | **TAK\*** | | | | | **NIE\*** | | | | | | | | | |
| Rodzeństwo kandydata uczęszcza do przedszkola lub szkoły w tym samym zespole oświatowym | | | | **TAK\*** | | | | | **NIE\*** | | | | | | | | | |
| Samotne wychowywanie dziecka | | | | **TAK\*** | | | | | **NIE\*** | | | | | | | | | |
| **INNE INFORMACJE o DZIECKU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wielodzietność | | | | **TAK\*** | | | | | **NIE\*** | | | | | | | | | |
| Niepełnosprawność kandydata lub członka rodziny | | | | **TAK\*** | | | | | **NIE\*** | | | | | | | | | |
| Niepełnosprawność obojga rodziców lub jednego z rodziców | | | | **TAK\*** | | | | | **NIE\*** | | | | | | | | | |
| Dziecko z orzeczeniem lub opinią PPP | | | | **TAK\*** | | | | | **NIE\*** | | | | | | | | | |
| Dodatkowe informacje o dziecku np. : choroba, wady rozwojowe | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Deklaruję uczestnictwo dziecka w zajęciach z religii | | | | **TAK\*** | | | | | | **NIE\*** | | | | | | | | |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych przez Zespół Oświatowy w Nowych Iganiach  w związku z naborem do I klasy szkoły podstawowej. | | | | **TAK\*** | | | | | | | **NIE\*** | | | | | | | |
| Ochrona danych osobowych zgodnie z Rozp. Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych z związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – RODO) (Dz. U. UE. Z 2016 r., L 119, poz. 1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nowe Iganie, dnia ............................ ……………………………………… …………………………………………………..  (Czytelny podpis matki/opiekunki) (Czytelny podpis ojca/opiekuna) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

\* niewłaściwe skreślić

**OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA \*\***

Oświadczam, że ja niżej podpisana/podpisany ………………………………………………………

(imię i nazwisko)

zamieszkuję wraz z dzieckiem ……………………………………………………………………

(imię i nazwisko dziecka)

pod wskazanym poniżej adresem:

Miejscowość ……………………………………………………… kod pocztowy………………….

Ulica …………………………………………………. nr domu……….. nr lokalu .………………..

**Oświadczam, że złożone przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym oraz oświadczam, że jestem w pełni świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

…………………………………………..

(data i podpis składającego oświadczenie)

\*\* - Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której ta osoba przebywa   
z zamiarem stałego pobytu (art. 25 Kodeksu Cywilnego)