|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO PUNKTU PRZEDSZKOLNEGO/  ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO  DZIAŁAJĄCYCH PRZY SZKOLE PODSTAWOWEJ IM. „ORŁA BIAŁEGO” W LUBIESZOWIE  **NA ROK SZKOLNY …………./……………**  Uwaga: kartę wypełniają rodzice lub prawni opiekunowie dziecka **drukowanymi literami.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czy kandydat mieszka na terenie Gminy Nowa Sól?** | | | | | TAK \* | | | | NIE \* | | | | | | | | | | | | | | |
| **Proszę o przyjęcie mojego dziecka do: (zaznaczyć właściwy kwadrat)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Punkt Przedszkolny przy Szkole Podstawowej im. Orła Białego w Lubieszowie (3-4 latki) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Oddział Przedszkolny przy Szkole Podstawowej im. Orła Bialego w Lubieszowie (5-6 latki) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane osobowe dziecka** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko | | |  | | | Imię/ imiona | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i miejsce urodzenia | | |  | | | PESEL: | |  | |  |  |  |  | | |  |  |  | | |  |  |  |
| **Adres zamieszkania** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | | |  | | | Nr domu | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy | | |  | | | Miejscowość | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres zameldowania (wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | | |  | | | Nr domu | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy | | |  | | | Miejscowość | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Godziny: od ……………….. do ………………….. + wyżywienie** | | | | | | | | **Ilość godzin: ………………..** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane rodziców/opiekunów\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dane | | | | **matki/**opiekunki\* | | | **ojca/**opiekuna\* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię / imiona | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko/ nazwiska | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Informacje dodatkowe\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Informacje o dziecku | | Czy jest orzeczenie, opinia z poradni psychologiczno-pedagogicznej | | | | | | | | | | | | **Tak \*** | | | | | **Nie \*** | | | | |
| Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej: (proszę zaznaczyć przez podkreślenie) neurologicznej, endokrynologicznej, ortopedycznej, okulistycznej, kardiologicznej, alergologicznej, ortodontycznej, ortopedycznej, innej ……………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czy dziecko kontroluje potrzeby fizjologiczne? | | | | | | | | | | | | | **Tak \*** | | | | | **Nie \*** | | | |
| Dziecko ma alergię | | | | | | | | | | | | | **Tak \*** | | | | | **Nie \*** | | | |

\* niepotrzebne skreślić

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria przyjęcia (dotyczy kandydatów spoza Gminy Nowa Sól)** | | | |
| **I KRYTERIA USTAWOWE** | | | |
| **L.p.** | **Kryterium** | **Dokument potwierdzający spełnianie kryteriów** | **Zgłoszenie kryterium do oceny „Tak”** |
| 1. | Wielodzietność rodziny kandydata. | Oświadczenie o wielodzietności rodziny kandydata. |  |
| 2. | Niepełnosprawność kandydata. | 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 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych |  |
| 3. | Niepełnosprawność jednego z rodziców kandydata. | Orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych |  |
| 4. | Niepełnosprawność obojga rodziców kandydata. | j.w. |  |
| 5. | Niepełnosprawność rodzeństwa kandydata. | j.w. |  |
| 6. | Samotne wychowywanie kandydata w rodzinie. | Prawomocny wyrok sądu rodzinnego orzekający rozwód lub separację lub akt zgonu oraz oświadczenie o samotnym wychowywaniu dziecka. |  |
| 7. | Objęcie kandydata pieczą zastępczą. | Dokument poświadczający objęcie dziecka pieczą zastępczą zgodnie z ustawą z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej |  |

Jeżeli chcemy, aby komisja rekrutacyjna wzięła pod uwagę spełnianie danego kryterium, w kolumnie czwartej przy sformułowaniu kryterium, proszę napisać TAK i zgodnie z instrukcją w kolumnie trzeciej, dołączyć do wniosku dokumenty potwierdzające spełnianie tego kryterium. Dokumenty należy złożyć w oryginale, notarialnie poświadczonej kopii albo urzędowo poświadczonego odpisu lub wyciągu z dokumentów lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **II KRYTERIA OKREŚLONE PRZEZ ORGAN PROWADZĄCY (dot. postępowania uzupełniającego)** | | | |
| **L.p.** | **Kryterium** | **Dokument potwierdzający spełnianie kryteriów** | **Zgłoszenie kryterium do oceny „Tak”** |
| 1. | Dziecko obojga rodziców (opiekunów prawnych) /rodzica samotnie wychowującego dziecko pracujących / studiujących w systemie stacjonarnym | Dokumenty poświadczające zatrudnienie każdego z rodziców: zaświadczenie z zakładu pracy/ aktualny wpis świadczący o prowadzonej działalności gospodarczej/ zaświadczenie z uczelni informujące o stacjonarnym systemie studiów. |  |
| 2. | Jeden z rodziców dziecka pracuje | Dokumenty poświadczające zatrudnienie – zaświadczenie z zakładu pracy. |  |
| 3. | Czas pobytu dziecka w przedszkolu powyżej realizacji podstawy programowej (powyżej 5 godzin dziennie). | Oświadczenie o planowanym pobycie dziecka powyżej 5 godzin dziennie. |  |
| 4. | Rodzeństwo dziecka korzysta z wychowania przedszkolnego w tym przedszkolu | Oświadczenie o uczęszczaniu rodzeństwa do przedszkola. |  |

Jeżeli chcemy, aby komisja rekrutacyjna wzięła pod uwagę spełnianie danego kryterium, w kolumnie czwartej przy sformułowaniu kryterium, proszę napisać TAK i zgodnie z instrukcją w kolumnie trzeciej, dołączyć do wniosku dokumenty potwierdzające spełnianie tego kryterium. Dokumenty należy złożyć w oryginale, notarialnie poświadczonej kopii albo urzędowo poświadczonego odpisu lub wyciągu z dokumentów lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem.

| **Deklaracje, zobowiązania rodziców/opiekunów dziecka** | | |
| --- | --- | --- |
| Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w wycieczkach organizowanych w placówce przedszkolnej. | **Tak \*** | **Nie \*** |
| Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w koncertach i teatrzykach organizowanych w placówce, jednocześnie zobowiązuję się do uiszczania opłat za w/w zajęcia. | **Tak \*** | **Nie \*** |
| Wyrażam zgodę na zajęcia logopedyczne, korekcyjno-kompensacyjne, terapii pedagogicznej w ramach działań Zespołu Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej w placówce. Na zajęcia gimnastyki korekcyjnej w przypadku zakwalifikowania dziecka. | **Tak \*** | **Nie \*** |
| Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w lekcjach religii. | **Tak \*** | **Nie \*** |
| Zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2019 poz. 1781) wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do pracy placówki przedszkolnej i zachowania bezpieczeństwa mojego dziecka. | **Tak \*** | **Nie \*** |
| Wyrażam zgodę na umieszczenie wizerunku mojego dziecka na stronie szkolnego Facebooka, BIP Urzędu Gminy, w prasie, związanych z uczestnictwem w konkursach, programach, zawodach i innych imprezach (np. wycieczki). | **Tak \*** | **Nie \*** |
| Wyrażam zgodę na kontrolę higieny osobistej mojego dziecka w przypadku zagrożenia wszawicą. | **Tak \*** | **Nie \*** |
| **Zobowiązuję się do:**   * Przestrzegania postanowień Statutu szkoły. * Regularnego uiszczania wymaganych opłat w wyznaczonym terminie. * Uczestniczenia w zebraniach rodziców. * Przyprowadzania i odbierania dziecka z placówki przedszkolnej osobiście lub przez osobę pełnoletnią, zgłoszoną powyżej, zapewniającą dziecku bezpieczeństwo. * Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania placówki przedszkolnej na piśmie o zmianach danych osobowych, danych adresowych, numerów telefonów kontaktowych. * Przyprowadzania zdrowego dziecka. * Zobowiązuje się również do pisemnego poinformowania placówki, z miesięcznym wyprzedzeniem o rezygnacji z miejsca w Oddziale lub Punkcie przedszkolnym. | | |
| **Do Karty załączam (jeżeli występują):** | | |
| * Zaświadczenie lekarskie potwierdzające alergię; * Orzeczenie lub opinię z poradni psychologiczno-pedagogicznej; * Zaświadczenie z odpowiedniej poradni medycznej; * Oświadczenie o wielodzietności; * Oświadczenie o samotnym wychowywaniu; * Oświadczenie o uczęszczaniu rodzeństwa do przedszkola. | | |
| **Świadoma/-y odpowiedzialności karnej oświadczam, że informacje przedstawione w niniejszej karcie zgłoszenia są zgodne ze stanem faktycznym.**  **………………………………………………………….. ……………………………………………………….**  Miejscowość idata czytelny podpis rodziców/opiekunów | | |