



Szkoła Podstawowa im. Jana Pawła II w Łuczycach,  
ul. Szkolna 11, 32-010 Łuczycy, tel. 12 387 16 01,  
www.spluczycyce.edupage.org e-mail: spluczycyce@op.pl

## OŚWIADCZENIE

potwierdzenie przez rodzica kandydata woli przyjęcia  
dziecka do Oddziału Przedszkolnego **(3,4,5-latków)**  
w Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Łuczycach na rok szkolny 2024/2025

Imię i nazwisko rodzica:

**Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojej córki/mojego syna**

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

### Informacje dodatkowe

<b>Deklaruję uczestnictwo dziecka w zajęciach z religii</b>	<b>Tak* Nie*</b> *niepotrzebne skreślić
<b>Alergie Choroby przewlekłe Wady rozwojowe</b>	..... ..... .....
<b>Spostrzeżenia rodziców dotyczące zainteresowań, zdolności dziecka lub trudności, specjalnych potrzeb</b>	..... ..... .....
<b>Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań psychologicznych i udział w tych zajęciach mojego dziecka.</b>	<b>Tak* Nie*</b> *niepotrzebne skreślić
<b>Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań logopedycznych i udział w tych zajęciach mojego dziecka.</b>	<b>Tak* Nie*</b> *niepotrzebne skreślić
<b>Inne informacje o dziecku</b>	..... ..... .....
<b>Zobowiązuję się do:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Przestrzegania postanowień Statutu Szkoły.</li><li><input type="checkbox"/> Uczestniczenia w zebraniach rodziców.</li><li><input type="checkbox"/> Niezwłocznego informowania szkoły na piśmie o zmianach danych osobowych, danych adresowych.</li></ul>	

**PODPIS RODZICA**